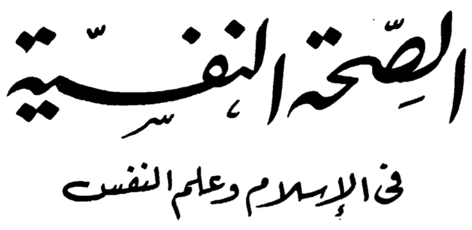
الصحة النفسية

في ضوء علم النفس والإسلام

الدكتور محمد عوده
كلية التربية - جامعة الكويت

الدكتور كمال ابراهيم مرسي
كلية التربية - جامعة الكويت





الدكتور محمد عودة
كلية التربية - جامعة الكويت

الدكتور كمال إبراهيم مرسي
كلية التربية - جامعة الكويت



الطبعة الأولى
١٤٠٤ هـ - ١٩٨٤ م

دار القلم - الكويت
شارع السور - بجانب وزارة الخارجية - عمارة السور
ص . ب : ٢٠١٤٦ - هاتف : ٢٤٥٧٤٠٧ - ٢٤٥٨٤٧٨ - برقياً : توزيعكو

بِسْمِ اللهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ والَّذِينَ آمَنُواْ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللهِ أَلَا بِذِكْرِ اللهِ تَطْمَئِنُّ القُلُوبُ ﴾

(سورة الرعد آية ٢٨)

« بسم الله الرحمن الرحيم »

المقدمة

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله .... أما بعد .

فالصحة النفسية أمنية غالية ينشدها جميع الناس : أغنياء وفقراء ، رجالا ونساء . فمن شعر بها فهو في عيشة راضية ، ومن فقدها أو انحرف عنها فهو في عيشة ضنك ، لأن الشعور بالصحة النفسية يعني السعادة ، والشعور بعدمها يعني التعاسة والبؤس .

وترتبط الصحة النفسية بالصحة الجسمية ، فلا غنى للنفس عن صحة الجسم ،ولا غنى للجسم عن صحة النفس . وقد بات الأطباء مقتنعين — اليوم أكثر من أى وقت مضى — بأن العناية بالصحة النفسية للمرضى عامل أساسي في سرعة البرء من الأمراض الجسمية .

كما تُعتبر الصحة النفسية عاملا رئيسيا للتفوق في التحصيل الدراسي ، وزيادة الإنتاج ، والترابط الأسرى ، والتماسك الاجتماعي ، والالتزام بمنهج الله في العبادات والمعاملات .

فتمتع الطالب بالصحة النفسية ، يُساعده على تركيز الانتباه ، وينمي دفاعيته للانجاز ، ويُهيِّئه للاستفادة من كل طاقاته وقدراته في الدارسة والتحصيل . وهذا ما جعل رجال التربية يولون أهمية كبيرة للعناية بصحة التلاميذ النفسية ، وجعلوها هدفا أساسيا من أهداف التربية ، حيث لم تعد المدرسة الحديثة مكانا لحشو عقول التلاميذ بالمعلومات ، بل أصبحت مكانا لتربية نفوسهم وإصلاحها ، ووقايتها من الفساد والانحراف .

وتمتع العامل بالصحة النفسية يرفع طموحه ، ويهيئه للعمل والإنتاج ، ويشجعه على الإبداع في مجال تخصصه . وهذا ما جعل علماء الإدارة يضعون « العناية بالصحة النفسية للعمال » على رأس أهداف الإدارة العلمية ، واعتبروها من مقومات زيادة الإنتاج وتحسينه في المصانع والشركات والمؤسسات الحكومية والأهلية .

وتمتع الزوجين بالصحة النفسية يجعلهما حسنَىْ الخُلق ، قليلَيْ المشاكل سريعَىْ التفاهم ، كثيرَىْ المودة والرحمة . وهذه صفات طيبة تساعد على نجاحهما في تكوين الأسرة المتماسكة ، التي هي اللبنة الأساسية في بناء المجتمع الصالح . من هنا اعتبر خبراء الشئون الاجتماعية « العناية بالصحة النفسية للأسرة » عاملا أساسيا من عوامل التنمية الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع .

وتمتع الشخص بالصحة النفسية يعني أنه في أحسن تقويم، مؤمن بربه، مقبل عليه، ملتزم بهَدْيه ، مطيع لأوامره ، مُبتعد عن نواهيه . وهذا ما يجعله فى الناس آلفاً ومألوفاً .

وعلى العكس مما سبق يرتبط الشعور بانعدام الصحة النفسية بأمراض جسمية كثيرة ، فلدى الأطباء قائمة طويلة بالأمراض السيكوسوماتية، وهى أعراض جسمية لا يعرفون لها عللا عضوية ، ويرجعونها إلى انعدام الصحة النفسية .

كما يرتبط هذا الشعور المؤلم بضعف التحصيل الدراسي ، وانخفاض الإنتاج وتصدع الأسر ، وانحرافات السلوك ، وتفكك المجتمع ، وضعف الإيمان بالله ، لذا تحرص كثير من الدول على توفير الظروف التى تساعد أبناءها على الشعور بالصحة النفسية ، وتحميهم من الشعور بانعدامها ، فأنشأت مكاتب الإرشاد والتوجيه النفسي في المدارس والمصانع ، ومكاتب التوجيه الأسرى ، وقدمت المساعدات المالية للمحتاجين ، وأقامت معاهد ومراكز تعليم وتأهيل وتشغيل ورعاية المعوقين والأيتام والجانحين والمعرضين للجناح والمجرمين ، وتوسعت في إنشاء العيادات النفسية الخارجية ، وطورت أساليب علاج ورعاية نزلاء مستشفيات الطب النفسي ، وعنيت بتجمعات الأطفال والشباب وغير ذلك .

ويعتبر تحقيق الصحة النفسية غاية علم النفس ومراده ، فعلماء النفس يجرون دراساتهم في مجالات كثيرة ، من أجل مساعدة الإنسان على معرفة علامات صحته النفسية ، وعوامل تحقيقها وأساليب المحافظة عليها ، وتبصيره بعلامات انحراف صحته النفسية وأسبابها ، وطرق علاجها وأساليب الوقاية منها . وهذا ما يجعل دراسة علم النفس عامة والصحة النفسية خاصة ، مفيدة لكل شخص ، لكي يعرف قدراته وحاجاته ، ويدرك مشاعره وصراعاته واحباطاته وأساليب توافقه معها .

وسبق الإسلام علم النفس الحديث في تحديد صفات الصحة النفسية ، وحث المسلمين على التحلي بها ، وحلّل لهم الطيبات التى تساعدهم على تحقيقها ، كما بين لهم صفات انعدام الصحة النفسية ، ونهاهم عن الاتصاف بها ، وحرَّم عليهم الخبائث التى توقعهم فيها . فمن يقرأ صفات عباد الرحمن ، وأخلاق المسلمين يجدها صفات الصحة النفسية كما حددها علماء النفس في العصر الحديث ، ومن يقرأ المعاملات الإسلامية يجد أن الله سبحانه وتعالى شرع الخيرات التى تحقق الصحة النفسية ، وأمر المسلمين بالإكثار منها ، ومنع السيئات والمنكرات التى تسبب انعدام الصحة النفسية ، ونهى المسلمين عن اتيانها . كما أن من يعرف أسرار العبادات التى فرضت على المسلمين ، يلمس فيها صلاح النفوس وزكاتها ، ويجدها تدريبا للإنسان على امتلاك ناصية نفسه ، حتى يَقْدِر عليها ، ويتحرر من عبودية شهواتها ، ويطلق طاقاته فيما ينفعه في الدنيا والأخرة ، وتلكم قمة الصحة النفسية بلغة علم النفس الحديث .

لذا نعتقد أنه لا فرق – من الناحية العلمية – أن ننظر إلى الصحة النفسية من منظور الإسلام ، أو منظور علم النفس الحديث ، لأن الهدف في الحالتين واحد ، ألا وهو سعادة الإنسان . كما أن ما أثبته علماء النفس حديثا بالتجريب العلمي على أنه من عوامل سعادة الإنسان في الدنيا ، أرشدنا اليه الإسلام ودعانا إلى اتباعه ، والعمل به ، لنسعد في الدنيا والأخرة .

ويلمس المتخصص في علم النفس أننا على صواب في اعتقادنا هذا ، عندما يقرأ ما جاء في القرآن الكريم . وأحاديث الرسول العظيم عن النفس البشرية في صلاحها وتقواها ، أو فسادها وانحرافها ، وعندما يقف على منهج الإسلام في

تربية النفوس وتزكيتها ، وأساليبه في وقايتها من الانحراف ، وطرقه في علاج فسادها وضلالها . إذ سوف يجد نفسه أمام أحدث الآراء والأفكار التى وصل إليها علم النفس عن الصحة النفسية ، ويدرك أن الإسلام « علم في الصحة النفسية » ، وأن الرسول عليه الصلاة والسلام أعظم خبراء هذا العلم على مر العصور .

وهذا ما جعلنا ونحن نُعدُّ هذا الكتاب نأخذ – قليلا من كثير – من هدى الإسلام وارشاداته في الصحة النفسية ، لابراز عظمة هذا الدين في فهم النفس الإنسانية ، وعنايته بسلامتها وصحتها ، وتقديم بعض الأدلة – من علم النفس – على أن اتباع منهج التربية الإسلامية فيه صلاح النفوس في كل زمان ومكان ، لأنه من عند صانع النفوس وملهمها فجورها وتقواها﴿ **قد أفلح من زكاها ، وقد خاب من دساها** ﴾ .

ويهدف كتابنا إلى تعريف القارىء بمفهوم الصحة النفسية ، وخصائصها وعواملها ، وتبصيره بحاجاته الأساسية وأساليب توافقه السوية وغير السوية ، ومساعدته في الإلمام بأعراض وأسباب بعض الانحرافات النفسية الشائعة ، وإرشاده إلى أساليب علاجها وطرق الوقاية منها . لعله يستفيد من هذه المعرفة في اكتساب الخبرات التى تمكنه من المحافظة على صحته النفسية ، وصحة أهله وذويه ، ووقاية نفسه وإياهم من الانحرافات .

ويقع الكتاب في ستة فصول : تناولنا في الفصل الأول مفهوم الصحة النفسية عبر العصور المختلفة في الفلسفة وعلم النفس والإسلام ، وناقشنا في الفصل الثاني الحاجات العضوية وغير العضوية وعلاقتها بالصحة النفسية . وعرضنا في الفصل الثالث أساليب التوافق في مواقف الاحباط والصراع والقلق ، وبيَّنا الحيل النفسية الشائعة في هذه المواقف .

ونظرا لأن الاضطرابات النفسية والعقلية من العلامات الصارخة على انعدام الصحة النفسية فقد أفردنا الفصل الرابع لمناقشة أعراضها وأسبابها وأساليب علاجها ، وعوامل الوقاية منها . ثم تناولنا في الفصل الخامس بعض مشكلات الطفولة ، وفي الفصل السادس بعض المشكلات التربوية والسلوكية ، وبيَّنا مسئوليات البيت والمدرسة في نشأتها وعلاجها والوقاية منها .

ونأمل أن يكون الكتاب بما احتواه من معلومات مفيداً للآباء والمدرسين والاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين في المحافظة على صحتهم النفسية ، وفي تحقيق الصحة النفسية لأهلهم ولمن يعملون ويتعاملون معهم في البيت والمدرسة . ونأمل أن يكون مفيدا لطلاب علم النفس والتربية والاجتماع والخدمة الاجتماعية وغيرهم ممن يدرسون مقررات في الصحة النفسية .

والله ولى التوفيـق ،،

المؤلفان

الفصـــل الأول
مفهوم الصحة النفسية

- تمهيــد
- الصحة النفسية في الفكر الإغريقي .
- الصحة النفسية عند الغزالي .
- الصحة النفسية وعلم النفس الحديث .
- الصحة النفسية والعلــوم الطبية .
- الصحة النفسية والدين الإســلامى .
- مـؤشرات الصحة النفسية .
- الصحة النفسية وسيكولوجية التوافق .
- مفهومنا للصحة النفسية .

هذا الفصل من إعداد الدكتور محمد عودة .

تمهيد

تأمل الإنسان في الكون وفي نفسه قديم قدم الإنسان ذاته . ونجد في قصة بحث سيدنا إبراهيم عليه السلام عن خالقه نوعا من هذا التفكير . فقد نظر في ملكوت السموات والأرض بحثا عن الله فافترض أنه كوكب أو قمر أو شمس . ولكنه رفض الفروض كلها وتبرأ منها لأن الكواكب تبزغ وتغيب وهذا مخالف لطبيعة الله الذى يبحث عنه . ثم رفض ما يعبده آباؤه وطلب من الله أن يهديه . قال تعالى :

﴿ وكذلِكَ نُرِى إبراهِيمَ مَلَكُوتَ السمواتِ والأَرضَ وَلِيَكُون مِنَ المُوقنينَ فَلمَّا جَنَّ عَليهِ اللَّيلُ رأى كَوكباً قال هَذا رَبِّي فَلمَّا أَفَلَ . قال لَا أُحُبُّ الآفِلِينَ . فلمَّا رأى القمرَ بازغاً قال هذا ربِّي فلمَّا أَفَلَ قال لَئِن لَم يَهدِنِي ربِّي لأَكُونَنَّ من القومِ الضَّالِّينَ . فلمَّا رأى الشَّمسَ بازغةً قال هذا ربِّي هذا أَكبرُ . فلَمَّا أفلت قال : يا قومِ إنيِّ برىءٌ ممَّا تُشرِكُون . إنِّي وجَّهتُ وجهِيَ للذِى فَطَرَ السمواتِ والأرضَ حنيفاً وما أنا من المُشرِكينَ ﴾ صدق الله العظيم[1] .

ولم يقتصر تأمل الإنسان على الكون بل تعداه إلى التأمل في نفسه لمعرفة كنهها وتعليل ما يعتريها من تغيرات في النوم واليقظة ، وتفسير ما يطرأ من أحوال صحة ومرض ، وخوف وأمن وحزن وفرح ، وهدوء وهياج . وحاول السيطرة عليها بالتعاويذ والتمائم وحلقات الزار ، ولجأ إلى السحرة والمشعوذين ملتمسا عندهم الهدوء والراحة النفسية .

وإذا كان الإنسان قديما قد فهم نفسه ، وسعى إلى تحقيق صحتها النفسية بطرق وأساليب بدائية ، فإنه اليوم أحوج ما يكون إلى من يعاونه في فهم نفسه ومعرفة امكانياته وقدراته وتوجيهها الوجهة الصحيحة ليكون أقدر على مواجهة مشاكل الحضارة المعاصرة ، حيث تعقدت الحياة أكثر وازدادت الأعباء الملقاة على كاهله ، وارتفعت مستويات طموحه لتصل إلى ما هو أبعد من كرته الأرضية ، وازدادت معارفه المادية زيادة مذهلة ، وتراجعت بالمقابل معارفه الروحية

---

(١) الانعام ، الآيات من ٧٥ – ٧٩ .

والأخلاقية ، حتى بات يتشكك في قيمه وما تآلف عليه آباؤه وأجداده . وفقد بالتالي نقطة ارتكازه واهتز لدرجة فقد معها اتزانه ، حتى صارت مظاهر التوتر والضيق والقلق هي سمات هذا العصر وتغيبت الصحة النفسية حتى كادت تصبح خرافة . مما حدا بعلماء النفس أن يتنادوا في مؤتمرات دولية أو إقليمية ، لتبحث وتناقش شئون إنسان هذا العصر علّها تجد له من الوسائل ما ينقذه من الوقوع فريسة اليأس والضياع ، ويوفر له الشروط المعقولة للصحة النفسية .

وهكذا تأكدت شرعية وضرورة البحث في صحة الإنسان النفسية حتى أضحى هذا الميدان مخصصا لفرع من فروع علم النفس هو علم الصحة النفسية . وأصبح لزاما علينا ونحن نحاول التعرف على مفهوم الصحة النفسية ، أو قل ونحن نحاول تلمس طريقنا لتحديد معالمه وإنارته بشكل أوضح لنرى من خلاله كيف يجب أن تكون الصحة النفسية للفرد ، أصبح لزاما علينا أن نعرض لهذا المفهوم من وجهة نظر تاريخية في دراسة وصفية نقدية نأمل من خلالها بناء وجهة نظر خاصة بنا في هذا الموضوع .

الصحة النفسية في الفكر الإغريقي

تعامل الإغريق مع الإنسان على اعتبار أنه مكون من شقين النفس والجسد . وقد استخدم فلاسفتهم الروح والنفس بمعنى واحد . كما حاول الفلاسفة الطبيعيون أن يقدموا تصورا لماهية النفس ، فمنهم من رأى أنها الدم ، ومنهم من اعتبرها الحرارة الكائنة في الجسد ... الخ . أما الجسد فهو يتكون من الأصول الأربعة للكون : النار التراب والهواء والماء بنسب متفاوتة .

وإخلاصا من **أمبيد وقليس وأبو قراط** (٤٠٠ ق . م .) إلى هذه النظرة في أصول الكون ، قررا أن يأخذا بالتفسير العضوي لما يصيب الإنسان من اضطرابات نفسية . ذلك أن أى اختلال في نسب الأخلاط والسوائل الكيماوية التى تدور في الجسم والناشئة أساسا من النار والتراب والهواء والماء ، يؤدى إلى اضطراب نفسي وحيث إن هذا الاضطراب هو مؤشر دال على سوء الصحة النفسية للفرد . فإنها – أى الصحة النفسية – تصبح مرتبطة بالنسب التى تتحد بها الأصول الأربعة للكون لتكون جسد الفرد الإنساني . فغلبة أى عنصر من

العناصر الأربعة يوجد لدى الفرد استعدادا مرضيا . وعليه فقد قسّم الناس إلى أنماط مزاجية أربعة هي :

١ - **المزاج الناري** :تغلب على صاحبه افرازات الصفراء من الكبد وهو مقاتل شجاع ، طموح ، انفعالي ، عرضه للإصابة بالهوس والبرانويا .

٢ - **المزاج الترابي** : تغلب على صاحبه افرازات الطحال ، وهو متشائم ، منقبض كثير التأمل ، عرضه للإصابة بالاكتئاب والملانخوليا .

٣ - **المزاج الهوائي** : يغلب علي صاحبه تدفق الدم من القلب . وهو متفائل مرح ، حاد الطبع ، عرضة للقلق والهذاء .

٤ - **المزاج المائي** : تغلب على صاحبه افرازات اللمف في المخ . وهو بليد خامل ، لا مبالي ، عرضة للإصابة بالصرع والغباء . (بركات ، ١٩٧٨) .

إن رد الاضطرابات النفسية إلى أسباب عضوية لدى أطباء الإغريق يشكل الأساس للاتجاه المادى الذى ذهب إليه المحدثون من علماء النفس والذى بموجبه يتعاملون مع المرض النفسي تعامل الأطباء مع المرض الجسمي . ونحن وإن كنا لا ننكر آثار ما يعترى الجسم من اضطراب على نفسية الفرد . إلا أننا نعتقد أن هذا التفسير الأحادى المادى للاضطراب النفسي غير كاف للتدليل على سلامة الصحة النفسية للفرد أو عدم سلامتها ، أو مساواة مفهوم الصحة النفسية لمفهوم الصحة الجسدية .

وبظهور أفلاطون (٤٢٧ - ٣٤٧ ق . م .) ظهر التصور الفلسفي الأكثر وضوحا لثنائية الإنسان سواء من حيث البنية أو الوظيفة أو نمط العلاقات الرابطة بين شقي الإنسان النفس والجسد .

إن تعاليم **سقراط لأفلاطون** والتى من أهمها الدعوى إلى معرفة النفس قد حدت بأفلاطون أن يقدم تصورا فلسفيا للنفس . فقد ذهب إلى أنها ذات طبيعة مادية نقية ، طاهرة ، تأتى من عالم مغاير لعالم الطبيعة أسماه « عالم المثل » ، وتصور أنه عالم الخير المطلق ، والحق المطلق والسعادة المطلقة . وبقوة ما تجبر هذه النفس على مغادرة عالمها لتستقر في الجسد لتصنع معه الإنسان . هذا الجسد الذى

هو من طبيعة مغايرة لطبيعة النفس . فهو من عالم الطبيعة ، مادة غير نقية ولا طاهرة ، مشدود دائما إلى أسفل بغرائزه ورغباته وحاجاته . إنه سجن للنفس يحجبها عن الرؤيا وينسيها مؤقتا ما كانت تعرف قبل حلولها فيه ، ولكنها تبدأ في استعادة ذكرياتها من خلال ما تتعرف عليه عبر الحواس الخمس ، لتبدأ بذلك قصة الصراع والنضال من أجل أن تعود إلى عالمها وتتحرر نهائيا من الجسد . (الأهواني . د . ت) .

وقد تصور **أفلاطون** أن الإنسان يشبه إلى حد ما « المخلوط » بالمفهوم الكيماوى لهذه الكلمة . أى أنه يتكون من عنصرين مختلطين ، بحيث رغم تواجدهما في مكان واحد إلا أن كلا منهما يحافظ على خصائصه مستقلا عن الآخر ، فلا علاقة بينهما إلا علاقة التجاور في المكان والزمان . ولما كانا من طبيعتين متناقضتين، لكل منهما رغباته وحاجاته المناقضة لرغبات وحاجات الآخر ، فلا غرو أن يكون الإنسان مهيأ للصراع الداخلي الدائم ، لا يعرف الراحة ولا الهدوء ولا الاطمئنان ، وبالتالي لا مناص من انهاء الوجود الإنساني كي تستعيد النفس حريتها وسعادتها وطمأنينتها أو على الأقل تغليب حاجات النفس على حاجات الجسد كي نوفر نوعا من الهدوء للنفس عزاء لها عما فقدته بحلولها في الجسد ، وتمهيدا لعودتها النهائية إلى عالم المثل .

إن هذا التصور الأفلاطوني يجعل الصحة النفسية نوعا من الخرافة ، ويحولها إلى أمل يستحيل على الإنسان بلوغه وتحقيقه في هذه الحياة الدنيوية ، ذلك لأن الصحة النفسية هي صحة النفس وسعادتها وطمأنينتها . وهي ليست صحة الجسد الفاني ولا صحة الإنسان بنفسه وجسده . فهو منحاز بشكل واضح للنفس رمز الطهارة والنقاء والصفاء في نظره . إنها نظرة مثالية مغالية للانسان لا يمكن أن تفيد بشيء في تعاملنا مع صحة الإنسان المتواجد في هذا العالم . إنها نظرة غير متوازنة بين النفس والجسد فإماتة الجسد وحاجاته هي إماتة لنصف الإنسان ، ولا نتصور أن تكون سعادة الإنسان وصحته النفسية السوية تتمثل في إماتة هذا الجزء الأساسي والهام . كما أنه يصعب تصور كيفية التعامل مع هذا الشيء المغاير للطبيعة المادية القادم من عالم آخر . فحدود العقل الإنساني رهينة بهذا الكون ، واهتماماته منصبة أساسا على الوجود الواقعي العياني للإنسان في هذا العالم . أما العالم الآخر فهو بحاجة إلى امكانيات أخرى ، ومناهج أخرى ، ورؤى أخرى

للإنسان ليوفر له السعادتين في الدنيا والآخرة .

ويأتى **أرسطو** (٣٨٤ - ٣٣٢ ق . م) لينزل الفلسفة من السماء إلى الأرض - كما يقال عنه - ، يأتى ليطرح تصورا أكثر واقعية لكل من النفس والجسد والإنسان ، وليقسم الموجودات إلى هيولي وصورة أى إلى مادة وشكل . ويطبق هذا التقسيم على الإنسان ليرى أن الجسد هو الهيولي وأن النفس هي الصورة ، وأن الوجود لا يتحقق إلا باتحاد الهيولي والصورة ، اتحادا - بالمفهوم الكيميائي - يتولد منه مركب جديد له خصائص جديدة مغايرة لخصائص كل عنصر من عناصره على حده .

ويعرف أرسطو النفس في كتابه « النفس » بقوله : أن النفس كمال أول لجسم طبيعي آلي ذي حياة بالقوة . وهي عبارة عن مجموعة الوظائف الحيوية كالتغذية والنمو والإحساس والحركة والتفكير .. ويضيف أيضا أن لا مجال لإطلاق صفات أخلاقية على أى من النفس أو الجسد . ذلك أننا نتحدث عن صفات للإنسان لا عن صفات لأى جزئية على حدة . والصفات التى تهمنا هنا هي الأداء الأفضل والأكمل للوظائف الحيوية الدال على الوجود الحقيقي العياني للإنسان (أرسطو طاليس ، ١٩٦٢) .

إن نظرية **أرسطو** لا تتحدث عن صراع داخلي بالشكل الذى رأيناه في نظرية أفلاطون ، بل إن مصادر القلق والازعاج للإنسان تتمثل في المعوقات التى تعيق الأداء الواضح للإنسان من تغذية ، ونمو وحركة وتفكير ... الخ . وكلما قلت هذه المعوقات كلما تأدت الوظائف بشكل أفضل وأسهل وتمتع الفرد بالصحة النفسية .

هذا من جهة ومن جهة أخرى ، فإن حديث **أرسطو** ينصب على الإنسان في كليته لا في أجزائه ، لدرجة قد تنسينا أن الإنسان مكون من نفس وجسد . ويتحدث عن هذا الكل المنتظم المتآلف ، مع أن الحقيقة غير هذا ولا يخفى على عاقل أحاسيس الإنسان بوشوشات الضمير وعتابه أحيانا ، كما لا يخفي على عاقل أحاسيس الإنسان بالانفعالات المتضاربة التي يعيشها ، والأحداث التى لا يجد لها تعليلا ، والتوقان إلى معرفة أكثر للعوالم الخفية و ... و ... كل ذلك ينفي أن يكون هذا الكل متجانسا لدرجة ينتهي معها الصراع الداخلي لديه . ومع ذلك

فإن نظرية أرسطو ظلت مصدر وحي وإلهام للكثير من المفاهيم النفسية الحديثة .

إن التصور الأرسطي للإنسان ربط بين صحته النفسية من جهة وقدرته على الآداء الأكمل والأفضل لوظائفه الحيوية . وهذه نقطة موجبة لصالح هذا التصور ، من حيث إنها وضعت لأول مرة معيارا يمكن من خلال تلمس ملامح صحة الفرد النفسية . تلك الصحة التى تعنى نجاح الفرد في آداء وظائفه الحيوية : كالتغذية والنمو والإحساس والحركة والتفكير ... الخ .

الصحة النفسية عند الغزالي

تتميز العصور الإسلامية عن العصور الإغريقية باعتمادها الدين الإسلامي مصدرا للهداية والتشريع وإدارة كل شئون الحياة . في حين كانت العصور الإغريقية عصور وثنية امتازت بتعدد الألهة وعبادة الأوثان من جهة وازدهار الفلسفة من جهة أخرى . تلك الفلسفة التى نقلها المسلمون في عهود ازدهارهم الحضارى لتعيش جنبا إلى جنب مع علوم الكلام والعلوم الدينية ، وينتج هذا التلاقح للفكرين المسلم والوثني حركة دائبة تهدف إلى تطويع المعطيات الفلسفية للمفاهيم الدينية . أو ما عرف لدى المسلمين بحركة التوفيق بين الفلسفة والدين . إلا أن ما يهمنا هنا هو ماذا قدم المسلمون في ميدان الصحة النفسية ؟ وما هي الاضافات التى تميزوا بها عمن سبقهم ؟ .

اتفق معظم علماء النفس المسلمين مع أفلاطون في القول بثنائية النفس والجسم ولكنهم تبنوْا في الوقت نفسه – النظرة الإسلامية إلى الانسان واعتبروه كلاً متكاملا مكونا من ثلاث قوى – النفس والجسم والروح – ممتزجة ومتداخلة ولا يمكن الفصل بينها في الواقع ، ولا يوجد ما يدعو إلى هذا الفصل .

وقد عالج كثير من علماء وفلاسفة المسلمين « الصحة النفسية » فيما كتبوه من كتب ومقالات عن السلوك والدوافع والعواطف والميول ، والسعادة ، والشقاء والهم والخوف والغضب ، والحب والكره ، والتوكل والرجاء والإيمان وغيرها .

ولا نستطيع في هذا الفصل الالمام بكل ما كتبوه حول هذه الموضوعات ، ونكتفي بتناول بعض أفكار حجة الإسلام أبي حامد الغزالي في النفس ذات العلاقة بالصحة النفسية .

فقد أخذ الغزالي بفكرة ثنائية البدن والنفس ، واعتبر البدن من عالم الأرض (الملك) والفساد والتحلل والفناء ، أما النفس جوهر روحاني من عالم الملكوت لا تتحلل ولا تفنى بفناء البدن ، وهي التي تديره وتتصرف به ، وتسوسه بالقوة العاملة[1] (الغزالي) .

واختلف الغزالي عن أفلاطون في نظرته الإسلامية إلى علاقة النفس بالبدن فقد كان أفلاطون متشائما عندما اعتبر النفس غريبة عن البدن ، وسجينة فيه ومعذبة بحلولها فيه ، وسعادتها في التخلص منه والتطهر من أدرانه بالموت أو الانتحار . على العكس من ذلك كان الغزالي متفائلا ، فرفض فكرة حبس النفس في البدن لأنها جوهر ، والجوهر لا يحل بمحل ولا يسكن في مكان . كما رفض فكرة تألم النفس من وجودها مع البدن ، لأنها في حاجة إليه في رحلتها من الدنيا إلى الآخرة . وشبه الغزالي حاجة النفس إلى البدن بحاجة المسافر إلى المطية والزاد في سفره .

فالنفس مع البدن ليست في سجن تتعذب وتسعى إلى الانفكاك منه ولكنها معه في منزلة من منازل الهدى ، ترتقى فيها من الأدنى (الدنيا) إلى الأعلى والأفضل (الآخرة) .

وفي ذلك قال الغزالي : « فالبدن مركب الإنسان في سفره ، ولا يمكن للعبد أن يصل إلى غايته ما لم يسكن البدن ، ويجاور الدنيا ، لأن المنزل الأدنى لابد من قطعه للوصول إلى المنزل الأقصى » . (الغزالي) .

والبدن ليس دنيئاً ولا حقيراً بل هو مركب النفس إلى الآخرة ، ولابد من المحافظة عليه وحمايته ، حتى تبلغ النفس مبتغاها ، وتحقق غايتها . ومن هنا نظر الغزالى إلى الإنسان ككل متكامل من روح ونفس وجسم وفسّر سلوكه التوافقى

---

(١) افترض الغزالي وجود جانبين للنفس : جانب من ناحية البدن سماه « القوة العاملة » تتجه نحو البدن تدبره وتسوسه . وجانب فوقي سماه « القوة العالمة » تتجه إلى أعلى نحو المبادىء والمثل العليا .

على أساس « أنه يتألف من علم يدفعه (جانب معرفي) وميل قوي (وجداني) وقدرة على ذلك فيتم الفعل (جانب حركي) » (الغزالى) .

وسلوك الإنسان سلوك مدفوع موجه نحو غاية دينية دنيوية وتنقسم دوافعه من حيث طبيعتها إلى ثلاثة أنواع :

(ا) **ميول فردية** : (يقصد بها دوافع فسيولوجية وبيولوجية) وهي ميول فطرية يقوم على اشباعها بقاء الإنسان وحفظ نوعه ، ويرتبط بها حب التملك والجاه والسيطرة وحب الدنيا .

(ب) **ميول اجتماعية** : (يقصد بها دوافع اجتماعية) وهي ميول مكتسبة تتصل بالحاجة إلى العائلة والمجتمع والأصدقاء والعشيرة .

(ج) **ميول قيمية** : (ويقصد بها القيم الاجتماعية والدينية) وهي ميول تتصل بحب الدين والحقيقة والخير والجمال .

وبالرغم من تأكيد الغزالي على أهمية اشباع جميع الدوافع لسعادة الإنسان ، فإنه يدرّج هذه الدوافع بحسب ضرورتها لبقاء الفرد وحفظ النوع ، فيضع الميول الفردية أولا ، تليها الميول الاجتماعية فالميول القيمية . وفي ذلك قال : « شهوة البطن والفرج من أهم ميول الدنيا باعتبارهما الأصلح والألصق ببقاء الإنسان ويرتبط بهما باقي الحاجات »(الغزالي) .

كما قسم الغزالي الدوافع من حيث أنواعها إلى نوعين :

(أ) **دوافع الدين أو بواعث الدين** : وهي ميول إنسانية راقية ، تبعث على الطاعة والصلاح والتقوى ، ويندرج تحتها الخوف والرجاء ، والمحبة والشكر والتوكل والذكر وغيرها .

(ب) **دوافع الهوى أو بواعث الهوى** : وهي ميول دنيوية ، تشمل الغضب والشهوات السبع التى ذكرها القرآن الكريم ، وهي النساء والمال والبنين والخيل المسومة والأنعام والحرث ، وكلها تتعلق بحب الدنيا والبحث عن اللذة العاجلة .

ولم يحط الغزالي من شأن دوافع الهوى لأنها ضرورية لبقاء الإنسان وتعمير الدنيا ، وعبادة الله ، ولكنها تنقلب إلى دوافع ضارة ، حين تسيطر على سلوك

الإنسان ، « فيأنس العقل للهوى ، ويصير في خدمته ، وتتغلب قوى البدن على النفس وتصبح الشهوات مقصودة لذاتها فتستغرق الهم والفكر » . (الغزالي) .

ويعتبر الغزالي سيطرة شهوة البطن والفرج أعظم مهلكات ابن آدم لأنه « إذا سيطرت هاتان الشهوتان اشتدت الرغبات في المال والحياة والكبرياء التى هي وسيلة للتوسع في طلب المنكوحات والمطعومات وتؤدى إلى أنواع من الرعونات وضروب من المنافسات والمحاسدات والغضب والحقد والبغضاء والمباهاة ، وتتولد عنها حينذاك مختلف الأخلاق الخبيثة ، فيشقى الفرد ويفسد المجتمع » . (العزالي) .

وربط الغزالي سعادة الإنسان بتحقيق غايته الأساسية ، وهي الوصول إلى الله ولن يتحقق له ذلك إلا إذا وجه جميع طاقاته وامكاناته ودوافعه من أجل هذه الغاية وسيطر على ميوله وأشبعها بقدر محمود ومن حلال ، ووجهها إلى ما يفيده .

فيكون قصده من الطعام التقوِّى على العبادة لا لذة الإشباع ، ومن النكاح الولد والتحصن لا اللعب والتمتع . فالله لم يخلق الشهوة والغضب لتكون في أسرهما بل لتكونا من أسراك فتسخرهما للسفر الذى أمامك ، وتجعل أحدهما مركبك والآخر سلاحك ، حتى تصيد سعادتك » (الغزالي) .

ويرى الغزالي أن الإنسان ميال بطبعه إلى اشباع شهوات الهوى ، وفي ذلك شقاؤه وتعاسته ، لذا كان من الضرورى تربيته ، بتقوية بواعث الدين واضعاف بواعث الهوى ، ولا يتم ذلك الا بتعويده على العمل الصالح ، وتكوين العادات الحسنة عنده : كالصدق والمحبة والعطف والتفكير السديد ، فينطلق إلى الخير ويصل إلى غايته . والتربية التى يدعو اليها الغزالي هي التربية الإسلامية فالعبادات إنما شرعت لإصلاح القلوب[1] .

---

(١) إن لفظ القلب عند الغزالي يطلق على ثلاثة معان : أحدهما اللحم الصنوبري الشكل المودع في الجانب الأيسر من الصدر ، والثاني تلك اللطيفة الربانية الروحانية ، والثالث : ذاك الذي يفقه من الإنسان ويعرف حقيقة الأشياء . ويقول الإمام الغزالي : إن القلوب تمرض ومرضها هو أن يتعذر عليها فعلها الخاص بها وهو العلم والحكمة والمعرفة وحب الله تعالى وعبادته .

الصحة النفسية وعلم النفس الحديث

يذهب مؤرخو علم النفس الحديث إلى اعتماد عام ١٨٧٩ م بداية لظهور علم النفس الحديث . وهو التاريخ الذى افتتح فيه العالم الألماني « فونت » أول مختبر نفسي ليدرس فيه الظواهر النفسية بنفس مناهج العلوم الطبيعية .

ولعله من المهم هنا أن نذكر خصائص علم النفس هذا . فهو العلم الذى يدرس السلوك الإنساني بمنهج قائم على الملاحظة والفرض والتجربة ، بهدف الوصول إلى القوانين المنظمة لهذا السلوك ، حتى يمكن ضبطه والتنبؤ بإمكانية وظروف حدوثه ، وتحديد أفضل الشروط للأداءات السلوكية التى تجعل صاحبها أكثر توافقا سواء مع نفسه وجسده أو مع العالم الخارجي . إنه العلم الذى لم يكتف بدراسة الحياة الشعورية للفرد إنما راح يبحث وينقب في أعماق الإنسان بحثا عن حياته اللاشعورية إنه العلم الذى لم يقف عند حدود التنظير ، إنما تغلغل في جميع جنبات الحياة ووصل إلى كافة الميادين يتناولها بالبحث والتمحيص ، ليؤكد نظريات ، أو يعيد تقويمها وعبر كل هذه الأنشطة ظل الإنسان مكانا بارزا ، ولا عجب أن يتداخل أكثر من فرع من فروع علم النفس في تناول جوانب تلك الصحة .

وسنعرض فيما يلي بعضا من الأفكار التى طرحتها مدارس نفسية متنوعة وتهمنا في هذا الموضوع .

١ - الصحة النفسية والتحليل النفسي :

(ا) **أفكار فرويد** : يرتبط التحليل النفسي ارتباطا وثيقا **بسيجموند فرويد** (١٨٥٦ - ١٩٣٩) الأب الروحي لعلم نفس الأعماق ، والمكتشف الأول للحياة اللاشعورية للفرد والذى أفرد للطاقة الجنسية (الليبدو) أبوابا واسعة من كتبه ودراساته واتخذها مفتاحا يحل به مغلقات الأمراض النفسية التى كان يعالجها .

لقد أثرى فرويد بدراساته الوفيرة أدبيات التحليل النفسي ، وأثرى ميدان الصحة النفسية بما قدمه من افتراضات ما زال الكثير منها يتعامل معها حتى الآن . واتسع مجال التعامل مع تلك الافتراضات ليشمل الكثير من جوانب السلوكات الإنسانية فمن الميدان المرضى إلى ميدان الصحة النفسية إلى ميدان الدراسات الأدبية .. الخ فما هي هذه الافتراضات :

١ - **طوبغرافية النفس الإنسانية** : افترض فرويد أن النفس الإنسانية تتكون من أجهزة ثلاثة : الهو . Id والأنا Ego والأنا الأعلى super Ego . ثم حدد محتويات كل جزء فجعل الهو مستودعا للغرائز الفطرية والبدائية ذات الطبيعة الجنسية ، وكذلك الحوادث والذكريات المؤلمة والمرفوضة اجتماعيا . أما الأنا فهو ما يتبدى من الإنسان للآخر ، إنه المسئول عن الحياة الشعورية للفرد ، من خلاله يتم التعامل مع معطيات العالم الخارجي وأخيرا جعل الأنا الأعلى مخزنا للقيم والعادات والتقاليد التى يمتصها الفرد من المجتمع من خلال عملية التنشئة الاجتماعية .

٢ - **الطاقة الانفعالية** : تصور فرويد أن محتويات كل من الهو والأنا الأعلى محتويات لا شعورية . وهي تظل محتفظة بطاقتها الانفعالية لا تعرف الهدوء والاستقرار ، فهي في حركة دائبة نشطة تنتظر فرصة الانطلاق والتحقق في العالم الخارجي ، إن هذه المحتويات تملك القوة الفاعلة والقادرة على التأثير في حياة الفرد الشعورية .

٣ - **الاتزان** : افترض فرويد أن « الأنا » تتجاذبه قوتان لا شعوريتان متناقضتان الأولى : قوة الغرائز البدائية التى لا تخضع للمنطق ، وهمها الأول البحث عن اللذة والاشباع المبالغ فيه دونما حدود تضبطه أو تنظمه . والثانية قوة القيم والعادات والتقاليد ذات الطبيعة المثالية المغالية في البعد عن الواقع والطامحة إلى قيادة الحياة الشعورية للإنسان .

ومقابل هاتين القوتين هناك قوة ثالثة هي قوة المعطيات الواقعية التى يعيشها الفرد ممثلة في ضوابط المجتمع وشروط البيئة الطبيعية . والمطلوب من « الأنا » أن يصل إلى حالة الاتزان بين هذه القوى كلها بحيث لا تطغى إحداهما على الأخرى . فيشبع مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى في الحدود التى تسمح بها ضوابط المجتمع دونما إفراط أو تفريط .

٤ – **الميكانزمات الدفاعية** : يعتقد فرويد أن الفرد وهو يحاول اشباع دوافعه الفطرية قد يلجأ إلى بعض الوسائل والطرق غير السوية ويتصور أنه يشبع تلك الداوفع ولكنه إشباع زائف تتولد عنه الكثير من الاضطرابات النفسية . ومن أمثلة هذه الوسائل التى سماها آليات أو ميكانزمات دفاعية نجد « التحويل » وهو استبدال موضوع الطاقة الانفعالية بموضوع آخر . والإسقاط وهو رؤية العيوب الذاتية في الآخر ، والنكوص وهو الارتداد إلى مسلكيات مرحلة نمو سابقة كأن يكون راشدا فيرتد إلى مرحلة المراهقة أو مراهقا فيرتد إلى سلوكات طفلية . والتبرير وهو تقديم الأعذار التى يعتقد أنها منطقية للسلوكات المؤداة . والتقمص وهو امتصاص صفات الآخرين وتقليد ما يؤدونه من مسلكيات والكبت وهو قذف الحوادث والذكريات المؤلمة في اللاشعور في محاولة لا شعورية لنسيانها والتهرب من مواجهتها[1] .

على ضوء هذه الافتراضات تصبح حالة الاتزان معادلة للصحة النفسية السوية أى أن الفرد يتمتع بصحة نفسية عندما يكون قادرا على ضبط غرائزه ودوافعه البدائية ، وعندما لا يسمح للقيم المثالية بعزله عن واقعه . وحتى عندما يسمح بإشباع دوافعه وتحقيق مستوى معين من تطلعاته المثالية فإنه لا يبالغ في هذا الإشباع إنما هو الآخر لابد أن يكون إشباعا متزنا لا إفراط ولا تفريط فيه . أضف إلى ذلك أن وسائل هذا الإشباع لابد وأن تكون بعيدة عن الحيل الدفاعية اللاشعورية ، إنما تكون واقعية وهو على وعي تام بأدائها وأبعاد هذا الأداء . (غنيم ، ١٩٨٣) .

إن المتبصر لما قدمه فرويد من الأفكار قد يندهش من هذا الكشف الجديد للجانب الآخر لحياة الفرد والذى أطلق عليه الحياة اللاشعورية في مقابل الحياة الشعورية . والتى اعتبرها هي المسئولة عن سلوكاته الواعية ، وهي أساس كل الاضطرابات النفسية التى قد يتعرض إليها ، كما يندهش لأخذ فرويد بالتفسير الأحادى والمتمثل في الطاقة الجنسية لسلوكات الإنسان السوى منها وغير السوى وهو الطبيب الممارس العارف لمعاناة حتى مرضى الطبقة الوسطى الذين كان يعالجهم في فيينا . تزداد الدهشة أكثر عندما نرى تقسيماته للنفس الإنسانية مما قد

---

(١) سنتعرض لموضوع الميكانزمات أو الحيل الدفاعية اللا شعورية في الفصل الثالث .

يوحي باطلاعه على نفس التقسيمات في الدين الإسلامي . فالنفس الأمّارة بالسوء لا تختلف في مفهومها عن الهو ، والنفس المطمئنة الممثلة لحالة الاتزان التى تحدث عنها فرويد . والنفس اللوامة تكاد تكون هي بعينها الأنا الأعلى على الأقل من حيث الوظيفة .

(ب) أفكار تلاميذ فرويد :

لم تتوقف نظرية التحليل النفسي عند الأفكار الفرويدية رغم ما تركته هذه الأفكار من بصمات واضحة في تاريخ علم النفس المرضي والطب النفسي . فقد حاول تلامذة فرويد تطوير النظرية واثراءها . **يونج** مثلا رأى أن الهو ليس فقط مستودعا للغرائز والدوافع البدائية الفردية إنما هو مخزن للتراث الثقافي الإنسان . فالفرد يخبىء فيه كل ما وصل إليه من معتقدات وخرافات عرفها الإنسان القديم . وتكتسب هذه المحتويات خصائص الغرائز والدوافع البدائية الفردية من حيث قدرتها على التأثير في السلوكات سلبا أو إيجابا . وهكذا تصبح الطاقة الجنسية مجرد عامل واحد هزيل أمام هذا الكم الهائل من التراث الإنساني وبناء عليه اقترح اطلاق مسمي « اللاشعور الجمعي » مقابل اللاشعور الفردى على منطقة « الهو » .

بهذا الطرح ، فتح **يونغ** مجالا واسعا للدارسات الانثروبولوجية والميثولوجية[1] يمكن أن تساهم من خلاله في التعرف على أسباب الاضطرابات النفسية وطرق علاجها وبالتالي ربط الصحة النفسية للفرد بسلامة المعتقدات التى يؤمن بها والتى لها دور إيجابي في حياته . أما إذا كانت تلك المعتقدات[2] . تتعارض وما تعارف عليه المجتمع سواء المعارف الدينية أو المعارف السليمة . فإنها ولا شك ستؤثر سلبا على الصحة النفسية خاصة عندما يجد أن هذه المعتقدات لا تؤدى الوظائف المرغوب فيها من طرف المجتمع . والغريب أن بعض الأفراد يجد في مثل تلك المعتقدات مهربا وعزاء لما قد يلاقيه من احباطات وتبريراً لما يؤديه من سلوكات .

---

(١) الميثولوجيا : دراسة أساطير وخرافات ومعتقدات الشعوب في العصور القديمة .

(٢) من الأمثلة على المعتقدات التى تتعارض مع الدين والعلم : الاعتقاد بالسحر والشعوذة والحظ والصدفة والواسطة بين الإنسان وربه ...... الخ .

وأتى **أدلر** مؤسس علم النفس الفردى ، ليستبدل الطاقة الجنسية كمحرك للسلوكات الفردية بمركب النقص . ويعتقد أن هذا المركب هو المفسر الوحيد للسلوكات المشاهدة فالفرد الذى يجد ويجتهد بشكل مبالغ فيه ، يحاول أن يعوض عما عاناه من نقص خلقي أو نقص اجتماعي – اقتصادي . وكأن أدلر هنا يوافق ما قالته العرب « كل ذى عاهة جبار » أما إن رأينا الفرد ينطوى على نفسه وينعزل عمن حوله فنقول : أنه لم يستطع أن يعوض عن مركب النقص لديه . (عاقل ، ١٩٨١) .

ومع تسليمنا بالآثار النفسية التى قد يتركها مركب النقص أيا كان نوعه ، إلا أنه من الصعب أن نفسر السلوك غير العادى بهذا العامل فقط .. فالصحة النفسية للفرد مجال أوسع وأرحب من أن يفسره عامل واحد مهما كان وجيها .

أما العالم الهنغارى **زوندى** ، فقد تأثر كثيرا بالبيولوجيا ، وافترض أن الجينات هي التي تحدد خصائص الفرد المستقبلية النفسية والاجتماعية . وقد ذهب إلى أن الفرد عندما يريد أن يتزوج فإنه لا شعوريا يبحث عن شبيهة أمه بفعل ما لديه من مورثات انتقلت إليه من الأم . واقترح استبدال الهو أو اللاشعور الفردى « بالشعور العائلي » .

إن هذه الفكرة البيولوجية التى دعمتها قوانين الوراثة التى وضعها العالم « مندل » والخاصة بالوراثة البيولوجية . التى حاولت أن تدعمها قوانين الوراثة النفسية التى اقترحها « ريبو » ، هذه الفكرة مشابهة إلى حد كبير لما ورد في قول الرسول عليه السلام : « تخيروا لنطفكم فإن العرق دساس » . وأغلب الظن أن المقصود بهذا الحديث الصفات البيولوجية والأخلاقية .

وهكذا يضيف زوندى عاملا جديدا هو العامل الوراثي أو الجينات ، يرى أنه قد يؤثر على صحة الفرد النفسية من حيث إنه يجبره لا شعوريا عن آداء سلوكات معينة ، وإن حدث مثل هذا فإننا سنقف عاجزين ما دام الأمر يتصل بالجينات التى لا سلطان لأحد عليها .. وكل ما يمكن فعله في هذا المجال هو إجراءات وقائية تتخذ قبل الزواج حفاظا منا على صحة الأجيال التالية النفسية .

وأخيرا يظهر ما يحلو للبعض أن يسميه « الفرويدية اليسارية » وهو ما تعارف عليه مؤرخو المدارس النفسية باسم « المدرسة النفسية الاجتماعية »

والتى برز من أعلامها كل من **فروم وسوليفان وكارن هورني وأوتورانك وأريكسون وغيرهم** ... وقد جاء هذا التيار بمثابة ثورة عارمة على الاتجاهات الكلاسيكية في التحليل النفسي ، حيث وضع بين قوسين الطروحات الفرويدية ، وذهب إلى أن الاضطرابات النفسية مرتبطة أساسا بظروف الفرد الاجتماعية والاقتصادية ، وكذلك بظروف ومحتوى عملية التنشئة الاجتماعية . فالفقر والتفكك الأسرى وإهمال الطفل أو رفضه والضغوطات الاجتماعية والتفاوت الحاد بين الطبقات الاجتماعية .. الخ هي المسئولة أولا وأخيرا عما يلاقه الفرد من اضطرابات مما ينعكس سلبا على صحته النفسية ، وتعتقد **هورني** أن القلق الذى يتولد في نفس الطفل نتيجة لانعدام الدفء العاطفي في الأسرة وأنواع التربية الخاطئة والتنافس والتعقيد الموجود في البيئة والثقافة ، هذا القلق يؤدى إلى شعور الطفل بالضعف تجاه الأشخاص الذين يحيطون به . إن هذا الاتجاه نحو نفسه ونحو الآخرين ينمو ليكون الاتجاه العصابي لديه وبالتالي يحدث خللا في صحته النفسية .

أما **أريكسون** فقد حدد مطالب « للأنا » إذا ما تحققت عبر عملية تنشئته الاجتماعية تتوفر لها شروط الصحة النفسية السوية ، هذه المطالب هي : الثقة المحدودة في العالم الخارجي ، الثقة بالنفس والاستقلالية ، المبادأة ، القدرة على الإنجاز ، الإحساس بالأنية وتقدير الذات ، القدرة على الإنتاج (وإنجاب الأطفال عند المرأة والأعمال والمهن عند الرجل) . تكامل الآنا . وقد قسم النمو النفسي الاجتماعي للفرد إلي مراحل تبعا لمطالب الآنا هذه . (الفقي ، ١٩٨٣) .

مما لا شك فيه أن هذه المدرسة الجديدة أو قل هذا الاتجاه الجديد في التحليل النفسي ، قد وضع الفرد في إطاره الاجتماعي الراهن بدل تناوله في إطاره الفردى أو في إطار الثقافات البائدة . كما أعطى للتنشئة الاجتماعية وللعملية التربوية ككل التى يتلقاها الكائن الإنساني منذ ميلاده ، الدور الأساسي في توفير الصحة النفسية للفرد . ونعتقد أن هذا الأمر لا خلاف عليه إذا ما كانت العملية التربوية تتناول الإنسان في كليته جسدا ونفسا وروحا ، وعضوا في المجتمع .

ولعل هذا الاتجاه في التحليل النفسي هو أقرب الاتجاهات التى سبقته في ربطه لعلاقة أوثق بين الصحة النفسية للفرد والصحة النفسية للمجتمع . فالأولى

هي نتاج طبيعي للثانية . هذه الفكرة يمكن أن يبنى عليها الدعوة إلى العمل على خلق « المجتمع العلاجي » إذا ما أردنا توفير الصحة النفسية للفرد . وباعتقادنا أن أول مجتمع من هذا النوع يتمثل في المجتمع الإسلامي في عهد الرسول عليه السلام .

٢ - الصحة النفسية والمدرسة السلوكية

مع نهايات القرن التاسع عشر وبداية هذا القرن برزت للوجود مدرسة نفسية جديدة هى المدرسة السلوكية ، والتى شكلت مع مدرسة التحليل النفسي أوسع تيارين نفسيين وأكثر التيارات النفسية المعاصرة ازدهارا . ويقسم مؤرخو المدارس النفسية تاريخ هذه المدرسة إلى مرحلتين : السلوكية التقليدية والتى تمتد إلى عام ١٩٣٣ م على وجه التقريب . والسلوكية المحدثة فيما بعد عام ١٩٣٣ .

(أ) **السلوكية التقليدية** : إن الذى يهمنا هنا هو أطروحات هذه المدرسة ذات العلاقة بالصحة النفسية فمن مبادىء هذه المدرسة الأساسية إخضاع السلوك الإنساني إلى معادلة « مثير استجابة » أى أن المثير عندما يقع على الفرد لابد وأن تتأدى استجابة بعينها . هذه الاستجابة يمكن ضبطها والتحكم فيها والتنبؤ بها تماما كأى ظاهرة طبيعية . أما المبدأ الثاني فهو اعتبار السلوكات الإنسانية كلها سلوكات متعلمة سواء كانت هذه السلوكات سوية أو مرضية . والمبدأ الثالث هو السلوك الشرطي والذى يتم باقتران المثير الشرطى بالمثير الطبيعى وتكرار هذا الاقتران حتى يصبح الكائن الحي قادرا على أداء الاستجابة الطبيعية في حضور المثير الشرطي فقط . ولعلل المثال التقليدى المأخوذ من تجارب **بافلوف** الروسي يوضح ذلك : [1] (الغريب ، ١٩٧٨) .

الطعام ← إفراز اللعاب (عندما يقدم للكلب)
مثير طبيعى (استجابة طبيعية)

---

(١) أنظر نظريات التعلم : الشرطي ، المحاولة والخطأ ، الاستبصار .. الخ في كتاب « التعلم » للدكتورة / رمزية الغريب .

نقرن تقديم الطعام بصوت الجرس فتتأدى الاستجابة نفسها :

طعام
+ ← إفراز اللعاب
صوت الجرس

نغيب الطعام الذى هو المثير الطبيعي ونبقى على الجرس الذى هو المثير الشرطي فتتأدى نفس الاستجابة الشرطية .

صوت الجرس ← إفراز اللعاب
(مثير شرطي) (استجابة شرطية)

على ضوء هذه المبادىء الثلاثة للسلوكية التقليدية وضعت افتراضات تفسر نشوء الاضطرابات النفسية لدى الفرد بما يؤدى إلى قلقه وتوتره . الافتراض الأول : يذهب إلى أن فشل الفرد في تعلم سلوكات ناجحة تمكنه من التوافق الناجح مع نفسه ومجتمعه يعتبر عاملا أساسيا في اختلال صحته النفسية . الافتراض الثانى : مفاده أن نجاح الفرد في اكتساب سلوكات ضاره سواء كان هذا الضرر واقعا على الفرد نفسه أو على مجتمعه فإنه لن يتوافق بالشكل المطلوب لا مع نفسه ، ولا مع بيئته .

وعليه فإن اختلال صحة الفرد النفسية هي نتيجة حتمية لخلل ما في عملية التعلم . ولما كانت هذ العملية يقوم بها في الغالب الكبار ويوجهونها نحو الصغار ، فإن هؤلاء الكبار يتحملون المسئولية الأولى في خلق الاضطرابات النفسية لدى الفرد . وبناء عليه فإن مراجعة عملية التعلم من حيث المحتوى أو الأهداف أو الوسائل أمر لابد منه في تعاملنا مع الاضطرابات النفسية . وليس من العسير أن نلاحظ مدى التقارب بين هذا التصور وما طرحته المدرسة النفسية الاجتماعية عندما تحدثت عن دور التنشئة الاجتماعية في خلق الاضطراب النفسي .

الافتراض الثالث : يذهب إلى أن تعرض الفرد إلى مثير ما بحيث يستثير لديه توقع استجابتين متناقضتين يخلق لديه حالة من القلق العام تؤثر سلبا على صحته النفسية : وينشأ هذا الوضع على النحو التالي :

الموقف الأول : الطعام + صوت الجرس ← إفراز اللعاب (أثر موجب = اللذة)

الموقف الثاني : صدمة كهربية + صوت الجرس ← الصراخ (أثر سالب = الألم)

إفراز اللعاب (اللذة)
الموقف الثالث : صوت الجرس أو
الصراخ (الألم)

أى أن الكائن الحي يتوقع احتمالين بعد سماعه صوت الجرس : الأول أن يحصل على الطعام والثاني : أن يتعرض لصدمة كهربية . وهو يعيش هذا الموقف لابد وأن يعاني القلق الناشيء من عدم معرفة ما سيحدث أو قل الخوف من المستقبل .
(عبد الغفار ، ١٩٧٦)

(ب) **السلوكية الحديثة** : وبظهور هل وسكنر وميلر وغيرهم حدث تطور هام وأساسي في أفكار المدرسة السلوكية التقليدية . فقد راجع هؤلاء العلماء المبدأ الأول للمدرسة ورأوا أنه من غير المعقول اخضاع الإنسان إلى معادلة تحمل القانون الطبيعي بكل ما فيه من حتمية . وليس من المقبول أن نتصور السلبية المطلقة للإنسان ، وهو يلقى مثيرات خارجية كانت أم داخلية . وعليه فإن المعادلة السلوكية لابد أن تتكون من ثلاثة أبعاد هي :

المثير ← الكائن الحي ← استجابة .

أى أن المثير يقع على الكائن الحي الذي يدرسه من خلال خبراته وتجاربه ، ويستجيب وفقا لامكانياته وخبراته استجابة لا يستطيع أى كائن تحديدها بدقة متناهية ، إنما كل ما نستطيعه هو توقع امكانية الحدوث بنسبة معينة من الاحتمال .

ما الذى تعنيه هذه الإضافة في المعادلة السلوكية ويهمنا في دراستنا للصحة النفسية للفرد ؟ نعتقد أنها تعيد للإنسان دوره الأساسي في الناتج النهائي للسلوك . وهذا يعني تحمل الإنسان لمسئولية ما يترتب على ذلك الناتج . فالسلوك المضطرب ليس هو نتاج ميكانيكي لظروف بيئية إنما هو نتاج لتفاعل ديناميكي بين امكانيات الفرد وامكانيات البيئة . وقد اهتم هؤلاء العلماء بشكل خاص بالعادة كيف تتكون وكيف تزال ، وأعطوا لقانون الأثر أهمية قصوى في تكرار السلوك وبالتالى نشوء العادة

وكذلك ركزوا على دور الثواب والعقاب في تقوية العادة السلوكية وفي إزالتها أو إضعافها[1] . وعندما طبقوا كل هذا على السلوك غير العادى أو المضطرب افترضوا أن الفرد صاحب السلوك يؤديه ويتمسك به لأنه قطعا مستفيد منه ، أى أنه لديه أثرا طيبا بغض النظر عن رأى الآخرين في ذلك السلوك . ولهذا لاغرابة أن نجد المعالج السلوكي يطرح على نفسه السؤال التالي عندما يواجه أحد المرضى النفسانيين ما الذى يستفيده هذا المريض من سلوكه المرضي الذي يؤديه ؟ والطريف أنهم – أى السلوكيين – عمموا هذه المقولة على جميع الاضطربات السلوكية والأمراض النفسية . فهل معنى هذا أن السلوك المرضي هو كذلك من وجهة نظر الآخرين بينما هو سلوك مرغوب فيه من وجهة نظر صاحبه ؟ هل المريض الهستيري مثلا الذى يفقد وعيه يفعل هذا برضاه ، وحتى يكتسب عطف الآخرين واهتمامهم به ؟ هل الإنسان الذى يعاني قلقا عاما ويبدى بعض المسلكيات الدالة على هذا القلق أن يشكو أو يتبرم من واقعة لا ينام بشكل عادى ... الخ هل هذا الإنسان يفعل كل هذا رغبة منه ؟ .

من الصعب الأخذ بوجهة النظر هذه في ميدان الصحة النفسية ، وتعميمها على كافة المواقف المرضية . ولعل من أهم ما قدمته هذه المدرسة في السنوات الأخيرة ويهمنا هنا هو افتراضها أن الفرد يعاني الصراع النفسي عندما يجد نفسه في موقف الاختيار . كأن يحصل على الشهادة الثانوية ومن ثم عليه أن يختار بين متابعة الدراسة أو التوجه نحو العمل . واختياره لأحد الطريقين يعني ابتعاده عن الطريق الأخرى .

وقد صنف ميلر ودولارد المواقف الصراعية إلى أربعة أنواع :

١ – أقدام – أحجام Approach - Avoidance :

فيه يجد الفرد نفسه أمام هدف واحد به إيجابيات وبه أيضا سلبيات ، مطلوب منه إما أن يختار الهدف بناء على إيجابياته ، وفي هذه الحالة عليه أن يتحمل آثاره السلبية ، أو أن يبتعد عنه متجنبا سلبياته خاسرا إيجابياته . والأمثلة على ذلك

---

(١) قانون الأثر : أحد قوانين التعلم بالمحاولة والخطأ ، كشف عنه ثورانديك من خلال تجاربه على القطط ، ومفاده أن الكائن الحي ميال لتكرار الاستجابة التى تترك لديه أثرا طيبا .

كثيرة منها : تعرض على أحدهم وظيفة بها مزايا كثيرة منها ارتفاع المرتب وتوفير السكن المؤثث والعلاوات الدورية .. الخ وبها أيضا سلبيات كثيرة منها أن مكان العمل بعيد عن مكان الإقامة ، تتطلب جهدا شاقا تحت أشعة الشمس المحرقة ، الدوام بها صباح مساء ... الخ ، في مثل هذه الحالة يبدأ الفرد يقلب النظر بين الإيجابيات والسلبيات دون أن يرجح أحداً على الآخر . ويستغرق في ذلك فترة زمنية تطول أو تقصر إلى أن يصل لاتخاذ القرار . إما أن يتقدم للوظيفة أو يتركها . في مثل هذه الحالة نقول : إن هذا الفرد قد عانى الصراع النفسي في تلك الفترة الزمنية الواقعة ما بين عرض الوظيفة عليه واتخاذه للقرار . بالمثل : الزواج المبكر فهو من جهة يوفر لصاحبه فرصة البناء المبكر لأسرة ويحقق بعضا من أهدافه في الاستقلالية والسيادة ، ويشبع لديه الرغبة الجنسية بشكل مشروع .. الخ . وفي نفس الوقت فيه مسئولية وتعطيل عن الإعداد الأفضل سواء في المجال العلمي أو المهني ، ونقل الفرد لأداء دور الزوج والأب في سن مبكر دون إعداد كاف .. الخ هنا أيضا يعيش الفرد في صراع نفسي وهو يوازن بين الإيجابيات والسلبيات إلى أن يحسم هذا الصراع إما بالزواج أو بالعدول عنه .

٢ - إقدام - إقدام Approach - Approach

فى هذا الموقف يواجه الفرد موضوعين كلاهما فيه الخير له وبنفس الكيفية والمقدار فأيهما يختار ؟ فاختياره للموضوع الأول يعنى تركه للموضوع الثانى .. ففي الوقت الذى يربح فيه إيجابيات الأول يخسر إيجابيات الثانى : مثال ذلك : يستيقظ أحدهم على صوت المنبه فى الصباح ، يفتح عينيه ويتردد هل ينهض من فراشه أم يعاود النوم ، فالنهوض المبكر يوفر له الوصول المبكر لعمله فيضمن بذلك ألا يتعرض لنقد رؤسائه في العمل . والعودة للنوم فيها إشباع لحاجته للراحة ولحاجته للنوم فهو يأخذ القسط الكافى منه . فماذا يفعل ؟ يقلب الخيارين ثم يتخذ القرار فنقول إنه يعانى الصراع النفسى طالما لم يتخذ القرار .

٣ - إحجام - إحجام Avoidance - Avoidance

وهنا يواجه الفرد موضوعين كلاهما سالب بنفس الكيفية والمقدار ، فأيهما يختار ؟ مثال ذلك حالة الجندى في المعركة ، هل يقدم نحو العدو أم يهرب من

المعركة . الخيار الأول يمكن أن يؤدى به إلى الموت والثاني قد يؤدى به إلى السجن وسخرية الرفاق وقد يؤدى به أيضا إلى الإعدام .. في مثل هذه الحالة يعيش الجندى صراعا نفسيا قاسيا لا ينتهي إلا باختيار أحد الأمرين . وإلا فمن المحتمل أن يؤدى إلى اضطرابات سلوكية أو نفسية واضحة كتعبير عن معاناته تلك .

٤ - إقدام - إحجام مزدوج Double Approach - Avoidance :

في هذا الموقف يجد الفرد نفسه أمام خيارين كل منهما به ايجابياته وسلبياته ، وعندما يتأملهما للوهلة الأولى يجدهما متساويين إن في الإيجابيات أو السلبيات . ومطلوب منه أن يختار أحدهما . مثال ذلك حالة الطالب الذى يرن في بيته جرس التليفون فيرفعه ليستمع إلى صوت أحد زملائه يدعوه لحضور حفلة راقصة . في نفس الوقت يكون هو منكبا على دراسته استعداداً لامتحانات نهاية الفصل . فإن هو استمر في الدراسة سيكون أكثر استعدادا للامتحان ونجاحه مؤكدا ولكنه يخسر لقاء أصدقائه وقضاء وقت مرح أما إذا لبى الدعوة فإنه سيلتقى بمن يحب من الأصدقاء ويزهو معهم وفي نفس الوقت يضيع عليه فرصة الاستعداد للامتحان . فماذا يفعل ؟ يقلب الأمور في ذهنه ويوازن بين كلا الأمرين ويتخذ القرار في النهاية ليحسم حالة التردد والقلق والصراع النفسي .

ومهما يكن الموقف الصراعي الذي يواجهه الفرد فإن القرار المتخذ في النهاية ستتدخل فيه أمور كثيرة منها ما يتصل بالفرد ذاته بحاجاته ودوافعه وامكانياته الفعلية وحالته النفسية وخبراته المعرفية .. الخ . ومنها ما يتصل بالظروف المحيطة بشكل خاص ، خصائص وسمات كل خيار على حده . وكلما كان الفرد أقدر على الحسم كلما نقص من طول فترة الموقف الصراعي وتجاوزه دون أن يترك لديه أية آثار سلبية . وبالعكس كلما كان متردداً غير قادر على الحسم واتخاذ القرار ، يلجأ إلى أساليب سلوكية غير عادية قد تكون مرضية منشأها حالة الصراع النفسي الذى يعيشه . فقد تتوتر أعصابه ويعاني القلق والضيق والضجر ، ويهرب خارج البيت أو من المدرسة أو مكان العمل ، وقد يتحول ليشك فيمن حوله أو يخاف منهم .. الخ . في مثل هذه الحالة تضطرب صحته النفسية وتسوء أكثر فأكثر كلما طال به الأمر على هذه الحالة ، وعليه فإن صحة الفرد النفسية مرتبطة بمعايشة الفرد للصراع النفسي ونوعية وشدة خطورة

هذا الصراع وطول مدته . وكلما قلت المواقف الصراعية أمام الفرد كلما تحسنت ظروف صحته النفسية .

خلاصة القول : إن المدرسة السلوكية وضحت الأحوال التى إذا ما صادفها الفرد تضطرب بالتالي صحته النفسية . وعليه فإن عدم معاناته لتلك الأحوال يعني الصحة السوية . هذه الأحوال هي : (عبد الغفار ١٩٧٦ م)

(ا) فشل الفرد في اكتساب سلوكات ناجحة مرضي عنها ولازمة لمعاونته على التوافق مع نفسه ومع بيئته .

(ب) نجاح الفرد في اكتساب سلوكات ضارة مرفوضة من المجتمع ، مهددة لتوافقه السوى .

(جـ) تعرضه لمثير ما يخلق لديه حالة من التوقع والشك والخوف من المستقبل .

(د) معايشته للصراع النفسي الناتج من وضعه في موقف الاختيار .

وعليه فإن الصحة النفسية للفرد سوية كانت أم غير سوية فهى نتاج لعملية التعلم والتنشئة التى يتعرض لها الفرد مضافا إليها الظروف البيئية التى تحول دون الفرد ودون إحساسه بالأمن المستقبلي أو تضعه باستمرار في موقف الاختيار ذى البدائل المحدودة جدا . ولاشك أن هذه النتيجة تقترب بشكل أو بآخر من بعض أطروحات المدرسة النفسية الاجتماعية خاصة في دور التنشئة الاجتماعية في خلق الصحة النفسية السوية للفرد . لكن علينا أن نتذكر دائما هذه أن الفكرة سواء لدى السلوكيين أو لدى التحليليين تبقي التعامل مع الفرد في إطار أبعاده الجسمية والنفسية والاجتماعية . ولا يهمها كثيراً أن تتعامل مع البعد الرابع للإنسان وهو البعد الروحي[١] ، ذلك البعد الذى من خلاله يمكن للفرد أن يحل الكثير من الاشكالات التى أثارتها المدرستان فالخوف من المستقبل يقلل من شأنه الرجاء

---

(١) نعتقد أن البعد الروحي يتمثل في علاقة الفرد بخالقه . ويهمنا أن نشير إلى أن العلاقة التوافقية مع منهج الله لابد وأن تأخذ قسطها من الرعاية إبان تعاملنا مع الصحة النفسية للفرد . وذلك بتنشئة فرد عمر قلبه بالتقوى وطهر من خبائث الأخلاق أو على الأقل قلب تبدو فيه خواطر الهوى فتدعوه إلى الشر ، فيلحقه خاطر الإيمان فيدعوه إلى الخير (كما يقول الغزالي) .

والأمل في عون الله ، كما أن التربية القائمة على العقيدة الإسلامية لا يمكن أن تكسب الطفل سلوكات منحرفة ضارة بل على العكس تحرص أن تكسب صاحبها السلوكات اللازمة لتوافقه مع نفسه وجسده ومجتمعه وأوامر خالقه . تلك التى تصل بالإنسان إلى حالة النفس المطمئنة التى تعرف كيف تتعامل مع المواقف الصراعية وتختار متوكلة على الله قابلة بقضائه وقدره .

٣ - الصحة النفسية ومدرسة الجشطلت

نشأت هذه المدرسة مع مطلع القرن في ألمانيا على يد روادها الأوائل « كوفكا وكوهلر ، وفرتهيمر ، وازدهرت لفترة قصيرة في أمريكا ، ورغم قصر فترة ازدهارها فقد قدمت مجموعة من الأفكار والنظريات وساهمت في إثراء التراث السيكولوجي بوجه عام .

ويهمنا ونحن ندرس مفهوم الصحة النفسية عند هذه المدرسة أن نشير إلى أنه بناء على أفكارها ابتكرت طريقة في العلاج النفسي سميت باسمها كما يهمنا أن نشير إلى أهم أفكار هذه المدرسة في مجال الصحة النفسية[١] :

(ا) **الكل أو الجشطلت** : تذهب هذه المدرسة إلى أننا ونحن نتعامل مع واقع الأشياء تعاملا عقليا فإننا نراها بل ندركها للوهلة الأولى على شكل جشطلتات أو كلات . فالأسرة والمدرسة والمسجد ونظام المرور وبناية الجامعة .. هذه كلها جشطلتات .

وقد عرفت هذه المدرسة الجشطلت بأنه يتكون من مجموعة من العناصر اتحدت مع بعضها أو انتظمت بشكل معين بحيث فقدت خصائصها الفردية الأصلية ، وأصبح هناك خصائص جديدة للجشطلت في كليته . وعليه فالجشطلت يشبه إلى حد كبير « المركب » بالمفهوم الكيماوي ، حيث تتحد فيه العناصر بشكل يفقدها خصائصها الأصلية . مثل ملح الطعام الذى يتكون من عنصرين هما الصوديوم والكلور اتحدا كيماويا ليكونا ملح الطعام . فالصوديوم أبيض اللون قلوى يحرق الجلد يتفاعل مع الماء محدثا انفجارا ... الخ والكلور غاز

---

(١) ستتعرض لهذه الطريقة بشيء من التفصيل عند عرضنا لطرق العلاج النفسي لمشكلة السيكوباثية .

يتطاير إذا ما ترك مكشوفا . في حين أن ملح الطعام الذى يتكون من بلورات بيضاء ، يذوب في الماء ، طعمه ملحي ، نستخدمه في إعداد الطعام .. الخ .

وفكرة الجشطلت أيضا تقترب كثيرا من فكرة أرسطو للناتج النهائي من اتحاد الصورة بالهيولي . فالوجود لا يتم إلا بهذا الاتحاد وينتهي بانتهائه . وإذا ما طبقنا فكرة « الجشطلت » على الإنسان فإننا ندركه في كليته ونتعامل معه على هذا الأساس ولا نجزئه إلى مكوناته البيولوجية والنفسية والاجتماعية والروحية إلا عندما نريد أن ندرسه دراسة معمقة . وخصائص هذا الإنسان الجشطلت مغايرة لخصائص كل مكون من مكوناته على حدة .

(ب) **فكرة التنظيم** : ولا تتضح صورة « الجشطلت » إلا بتصور نمط من التنظيم يسود عناصره ، يتمثل في مجموعة العلاقات الرابطة بين هذه العناصر والتفاعل الديناميكي بين عناصر الجشطلت . كما يمكن الكشف عن القوانين المنظمة لتلك العلاقات وضبط هذه القوانين والتنبؤ بنتائجها . فلو تناولنا الدائرة كجشطلت لوجدنا أنها تتكون من عنصرين هما : نقطة المركز والخط المنحنى المقفل . وبين هذين العنصرين مجموعة علاقات مثال ذلك : كل نقطة من نقاط الخط المنحنى تبعد نفس البعد عن نقطة المركز ، كل خط مستقيم يصل بين نقطتين من نقاط الخط المنحني ولا يمر في المركز يسمى وترا ..... الخ والمهم هنا أن الدائرة تبقى كذلك طالما ظلت هذه الخصائص قائمة ، أو قل طالما حافظت عناصرها على هذا التنظيم . أما إذا حدث أى خلل كأن يفتح الخط المنحنى ، أو تقترب إحدى نقاطه من المركز أكثر من النقاط الأخرى فإن الدائرة تنتهي .

بالمثل ، الإنسان أيضا باعتباره « جشطلت » يتكون من مجموعة من المكونات أو العناصر بينها تنظيم معين . فالجسد والروح والنفس عناصر هذا الإنسان،هذه العناصر مرتبطة مع بعضها بحيث إن الوجود الفعلي له لا يمكن أن يتحقق ما لم تجتمع هذه العناصر مع بعضها . وأى خلل يطرأ على أى منهما سيحول الإنسان من العادية إلى غير العادية أو قل سيحوله من جشطلت إلى جشطلت آخر .

وربما يكون الأمر أوضح لو تناولنا جوانب النمو المختلفة للإنسان بيولوجيا ونفسيا واجتماعيا وروحيا . فالعلوم البيولوجية تكشف لنا عن تنظيم بديع متقن

لأجهزة الجسم المختلفة ، والعلوم النفسية والاجتماعية تكشف عن العلاقة الرابطة بين الجسد والنفس والمجتمع ، والعلوم الدينية تبين مدى ارتباط هذه الأجزاء بخالق كل شيء سبحانه وتعالى ، وقديما قال العرب « العقل السليم في الجسم السليم » كتدليل على مدى العلاقة بين العقل والجسم ، وقد شبه الرسول عليه السلام المؤمنين بالجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى » .

فانظر مدى العلاقة الوثيقة الرابطة بين أجزاء الجسد الإنساني . قال الشاعر :

إذا كانت النفوس كبارا تعبت في مرامها الأجساد

ويقول تبارك وتعالي : ﴿ **إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم** ﴾ . وبناء على فكرة التنظيم هذه ، يمكننا أن نشتق مفهوما للصحة النفسية للفرد . فطالما ظل الإنسان محافظا على العلاقات الطبيعية الرابطة بين جوانب نموه المختلفة وطالما ظلت قوانين الحياة هي المنظمة لتلك الجوانب فإن هذا الإنسان لاشك سيتمتع بالصحة النفسية . بالمقابل أى خلل أو مرض أو انحراف يطرأ على أى جانب من جوانب الإنسان كأن يمرض في جسمه أو تضطرب نفسه أو تختل عقيدته أو تتدهور علاقاته الإجتماعية فإنه يفقد صحته النفسية .

(ج) **فكرة الاستبصار** : تحدث علماء هذه المدرسة عن قدرة الكائن الحي على إدراك العلاقات القائمة بين عناصر الموقف التعليمي . وذهبوا إلى أن السلوكات النهائية للكائن الحي ما هي إلا المحصلة النهائية لتلك العملية الإدراكية التى أطلقوا عليها اسم الاستبصار . وأن أى تغير في سلوك الكائن الحي من خلال عمليات التعلم لا يتأتي إلا إذا كان هذا الكائن قادرا على إدراك العلاقات الرابطة بين عناصر الموقف وتذكر تلك العلاقات كلما تكرر الموقف . وقد أطلق علماء هذه المدرسة على قدرة الكائن الحي هذه اسم « الاستبصار » . فالاستبصار إذن هو طريق الفرد إلى المعرفة والعلم[1] . (الغريب ، ١٩٧٨) .

---

(١) وضعت هذه المدرسة نظرية التعلم بالاستبصار ، وهو التعلم القائم على إدراك الفرد لعناصر الموقف التعليمي والعلاقات الرابطة بين هذه العناصر .

ولو جمعنا هذه الأفكار الثلاثة لمدرسة الجشطلت لخلصنا إلى ما يمكن أن نطلق عليه نظرية المعرفة عند الجشطلت . فالفرد يدرك عالمه الخارجي بالتالي يتعرف عليه ويتعامل معه من خلال عملية عقلية استبصارية يكتشف من خلالها نمط العلاقات الرابطة بين عناصر ذلك العالم أو قل من خلالها تنظيم ذلك العالم .

فالمعرفة الناتجة عن عملية الاستبصار يتوقع منها أن تعاون الفرد في التوافق مع ما يعرفه . وإذا ما طبقنا هذه المقولة على معرفة الإنسان لذاته ، فإننا نجد نفس النتيجة فالإنسان لا يصل إلى ما سماه **روجرز** بالذات البصيرة إلا بعد أن يخضع للتحليل والدراسة من الأخصائي النفسي . فالإنسان أو الذات الإنسانية باعتبارها كل لها تنظيمها وبالتالي لها قوانينها التى تضبط حركاتها وسلوكاتها . وما لم يصل الفرد إلى إدراك هذا التنظيم من خلال استبصاره لذاته فإنه لن يكون قادرا على التوافق مع ذاته وبالتالى التمتع بالصحة النفسية .

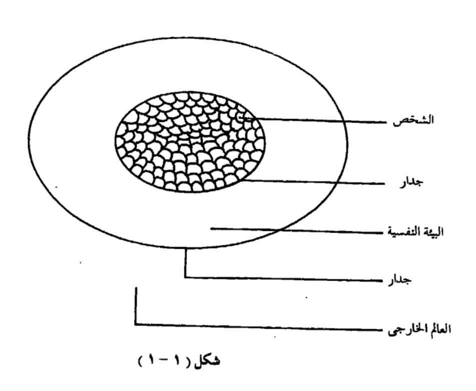
إن مدرسة الجشطلت قدمت المنهج الذى يجب على الفرد أن يتبعه كي يصل إلى التوافق الناجح سواء كان هذا التوافق داخلي مع ذاته ومع جسده ، أو خارجي مع بيئته الطبيعية أو الاجتماعية ، أو كان توافقا مع أوامر الله سبحانه وتعالى .

ومن هنا نحن مع الجشطلت في هذا المنهج المؤدى إلى الصحة النفسية للفرد مع تعديل بسيط يتصل بالناحية الروحية للفرد ، فحتى يتوافق الإنسان مع هذه الناحية قد لا يسعفه المنهج الجشطلتي وحده ، ذلك أن قواه العقلية أو قدرته على الاستبصار لا تستطيع تقديم كل الاجابات من الناحية الروحية ، لذا لابد أن يستكمل هذا المنهج بالمنهج الإيماني أو منهج الهدى ، ومن ثم تتكامل معرفة الإنسان وبالتالي نتوقع أن يعيش في سلام وطمأنينة .

٤ - الصحة النفسية ومدرسة المجال :

كورت ليفن عالم نفساني أصوله جشطلتية طرح نظرية نفسية حاول من خلالها وبأشكال هندسية تقديم تصور جديد لمكونات الإنسان وديناميكيتها . وما هي أفضل الشروط التى تعمل هذه المكونات خلالها بالشكل الأفضل .

افترض هذا العالم أن يكون لكل فرد مجاله الحيوى الذى يتكون من مكونات ثلاث هى (شكل١ - ١) :



شكل (١ - ١)

(مكونات المجال الحيوى للفرد)

(أ) **الشخص** : وهو مجموعة من الخلايا المركزية والمحيطة .

(ب) **البيئة النفسية** : المنطقة الفاصلة بين الشخص وعالمه الخارجي . من خلالها تنفذ المثيرات الخارجية القادمة من العالم الخارجي لتتلون بلون خاص بالفرد ذاته قبل أن تصل إلى الخلايا والأنسجة المكلفة بالتعامل معها .

(ج) **العالم الخارجي** : كل ما يحيط بالفرد سواء أكان بيئة طبيعية ، الأرض ، المناخ ، المباني ، الطرقات ، الخ ، أو بيئة اجتماعية ثقافية ، الناس بعاداتهم وتقاليدهم وقيمهم ... الخ . (غنيم ، ١٩٧٣) .

كما افترض ليفين وجود جدارين تفصل بين هذه المكونات الثلاثة ذات طبيعة نفاذة ، تسمح بمرور المثيرات القادمة من العالم الخارجي إلى الشخص وكذلك الاستجابات الموجهة من الشخص إلى العالم الخارجي .

ذاك هو المجال الحيوي للإنسان العادى القادر على أداء الوظائف التى يفرضها عليه ذلك المجال والمتمثلة في تلقي المثيرات والاستجابة الناجحة لها . أما الإنسان غير العادى فهو ذاك الذى يعانى خللا ما في الوظيفة الناتجة عن خلل ما إما في الجدران الفاصلة أو في أحد مكونات المجال الحيوى . فالفرد غير القادر على أداء الاستجابة الناجحة للمثيرات القادمة من العالم الخارجي لا يمكنه أن يتوافق مع ذلك العالم وبالتالى لا يمكن أن يتمتع بالهدوء النفسي . هذه الحالة تنتج من :

(ا) انغلاق الجدار الفاصل بين العالم الخارجي والبيئة النفسية . وهذا يتم نتيجة للاحباطات المتكررة التى يتعرض لها الفرد ، أو نتيجة لمعتقدات الفرد الخاصة واتجاهاته نحو العالم الخارجي ورفضه لهذا العالم .

فالطفل الذى يواجه مثيرات حسية تترك لديه آثارا سلبية مؤلمة يفقد ثقته في من يحيطون به . والشاب الذى يعتقد أن مجتمعه فاسد يجد نفسه أمام خيارين : إما أن يثور على المجتمع ليصلحه وإما أن ينعزل أو يهرب بعيدا عن مجتمع . ومهما يكن من أمر فإن النتيجة النهائية لذلك الإنغلاق بين العالم الخارجي والبيئة النفسية لن تكون إلا القلق وعدم الإحساس بالأمن والصراع النفسي والتوتر العصبي . باختصار اضطراب الصحة النفسية للفرد .

(ب) انغلاق الجدار الفاصل بين الشخص وبيئته النفسية . وهذه مرحلة تالية للمرحلة الأولى ، فالمعاناة التى يحياها الفرد في المرحلة الأولى تجعله خاضعا للمثيرات الداخلية القادمة من بيئته النفسية المضطربة . وعندما تعرض تلك المثيرات على صفحة العقل أو قل على خلايا الشخص يستنكر بادىء ذى بدء غرابتها ولا منطقيتها ، فيرفضها ، وشيئا فشيئا يرفض التعامل مع بيئته النفسية مما قد يؤدى إلى كرهه لنفسه واحتقاره لها ونقمته عليها ، وقد يحرفه إلى مستوى الأمراض العقلية ، فقد يعانى الاكتئاب الحاد أو الهوس الاكتئابى أو السلوك البرانوبى أو الفصام ... الخ وقد ينتهى به الحال إلى وضع حد لحياته .

إن هذا التصور لديناميات المرض النفسي أو المرض العقلي ، وتلك الصور الهندسية التى حاول ليفين أن يقدم ويشرح من خلالها تصوره هذا ، يقربه كثيرا إلى فرضيات فرويد وتحليلاته . وقد يفيدنا هذا التصور في دراسة وتحليل الشخصيات المضطربة ، وكذلك في التخطيط لتوفير الشروط الأفضل للصحة النفسية للفرد خاصة إذا ما علمنا أن مكونات المجال الحيوى للفرد يمكن التأثير فيها . فالعالم الخارجي يمكن أن يتغير ويتطور أو يبدل . والبيئة النفسية تكتسب من خلال عملية التنشئة الاجتماعية . والشخص كذلك رغم أنه وراثى في أساسه إلا أن العناية والرعاية الصحية ضرورية لتمكينه من الأداء الأكمل لوظائفه .

ولعل تصور ليفين لمكونات المجال الحيوى للفرد خاصة لدور البيئة النفسية ، يذكرنا بقول الشاعر العربى :

من تكن نفسه بغير جمال   لا يرى فى الوجود شيئا جميلا

وبالحكمة الشائعة : « كل إناء بما فيه ينضح » .

كما أن هذا التصور يهتم أساسا بالنظرية النفسية الاجتماعية لنشأة المرض النفسي ، أى الأسباب النفسية الاجتماعية بشكل خاص مهملا إلى حد كبير الأسباب الأخرى . ولا غرابة في ذلك فنظرية لفين لا تخرج عن إطار النظريات العلمية الوضعية التى تتعامل مع الإنسان باعتباره أحد الموجودات في هذا العالم الطبيعي فحسب .

٥ – الصحة النفسية والنظرية الوظيفية :

يذهب كل من **كار وربسون** إلى افتراض أن الواقع المستثار لدى الفرد لابد وأن يخلق لديه حالة من عدم الاتزان . وحتى تنتهى تلك الحالة لابد من اشباع ذلك الدافع ، وانتهاء تلك الحالة يعفى استعادة حالة الاتزان .

هذا الافتراض ينطبق على جميع الدوافع مهما كان نوعها نفسية كانت أو اجتماعية أو بيولوجية . فالطفل الذى يستثار لديه الدافع إلى إثبات الذات في سن ثلاث سنوات سيمر في حالة من عدم الاتزان النفسي تتصف بالتوتر والقلق وعدم الاستقرار الانفعالى ... وإذا ما نجح الطفل فى إثبات ذاته واعترف به من حوله فإنه سيستعيد حالة اتزانه ويقضى على المظاهر الانفعالية السابقة . بالمثل المراهق

الذى يستثار لديه الدافع لتقدير الذات سيعانى حالة التوتر والضيق وقد يصل به الأمر إلى احتقار الذات والعزلة أو التمرد على الجماعة . فإذا ما أشبع هذا الدافع فإن معظم هذه الظواهر تبدأ بالتلاشى . كذلك إذا ما استثيرت حاجة الإنسان إلى الطعام أو قل إذا ما استثير لديه دافع الجوع فإنه سيعانى عدم الاتزان الكيماوى فى الجسم بكل ما يترتب عليه من إحساس بالإرهاق ، وعدم القدرة على التركيز والانتباه . والميل للنوم ، وأحيانا توتر الأعصاب والتهيج .. الخ . وعندما يتناول هذا الفرد طعامه ستزول معظم هذه المظاهر المصاحبة للخلل الكيماوى فى الجسم .

بناء على هذه الفرضية تكون الصحة السوية للفرد هي إشباع الدوافع المستثارة لديه . وتضطرب تلك الصحة إذا ما حدثت الاستثارة وحالت عوائق معينة دون الإشباع . وكلما كانت هذه العوائق أعقد وكلما طالت مدة الاستثارة كلما كانت الأخطار على الصحة النفسية للفرد أشد .

وإذا كنا لا نختلف على الأساس النظرى لهذه الفرضية فإن ثمة بعض الاعتراضات التى يمكن أن تثار حول النظرية الوظيفية للدوافع . مثال ذلك : أى نوع من الإشباع ذاك الذى ينهى حالة عدم الاتزان ويقضى على المظاهر المصاحبة لها ؟ . أى نوع من الدوافع تلك التى تهدد وجود الإنسان بيولوجيا كان أو نفسيا أو اجتماعيا أو روحيا بالتالى تتسبب في اضطراب صحته النفسية ؟ ومن يحدد هذا النوع من الدوافع ؟ هل هو الفرد ؟ هل هو العلم ؟ هل هي الثقافة السائدة ؟ ما دور التنشئة الاجتماعية فى تعليم الفرد كيف يستجيب لدوافعه المستثارة كيف يشبعها أحيانا وكيف يؤجل ذلك الإشباع أحيانا أخرى ؟ وأحيانا كيف عليه أن يكبت أو أن يقمع ... الخ ؟ وعندئذ تصبح الصحة النفسية السوية للفرد إشباع من نوع ما لدوافع معينة مستثارة تهدد الوجود الإنسانى بأبعاده المتعددة أو بأحد هذه الأبعاد (بيولوجيا ، نفسيا ، اجتماعيا ، روحيا) .

لاشك أن ديننا الحنيف قد أشار إلى شرعية إشباع الدوافع الإنسانية ، ولكنه لم ينسى أن يقنن هذا الإشباع وذلك فى قوله تعالى : ﴿ **كلوا واشربوا ولا تسرفوا** ﴾ . وفى قوله أيضا : ﴿ **ولا تجعل يدك مغلولة إلى عنقك ولا تبسطها كل البسط** ﴾ . وبعد ما يزيد عن ثلاثة عشر قرنا يأتى « ماسلو » لينادى بما نادى به ديننا ينادى « بالإشباع المتزن » للدوافع كوسيلة لتأمين

الصحة النفسية السوية للفرد الذى اضطربت صحته تلك نتيجة لتعرضه لاستثارة أحد دوافعه الأساسية .

وما دمنا نتحدث عن الإشباع . فإننا نجد أنفسنا منساقين إلى افتراض آخر يتشابه في أساسه مع افتراض النظرية الوظيفية ، ألا وهو افتراض « مطالب النمو » Task of Development .

٦ – الصحة النفسية وفرضية مطالب النمو :

إن مطلب النمو كمصطلح نفسى حديث التداول في الدوائر النفسية قدمه **هافجهرست** كأساس يصلح من جهة لتقسيم مراحل النمو للفرد الإنسانى ومن جهة أخرى يصلح لبناء مخطط تربوى علاجي وقائى يفيد في معاونة الفرد على اتقاء مشاكل النمو ومعالجتها إن ظهرت .

يذهب هافجهرست إلى أن لكل مرحلة من مراحل النمو مطالب محددة لابد من إشباعها في حينها . وفي حالة تعثر هذا الاشباع فإن الفرد سيعانى اضطرابا ما في المراحل التالية ، حتى لو حاولنا إشباع تلك المطالب في المرحلة التالية . ولمَّا كانت كل مرحلة من مراحل النمو تتميز بمطالب خاصة تختلف عن مطالب المرحلة التى تليها أو التى سبقتها : فقد أمكن تقسيم نمو الكائن الإنسانى إلى أربعة مراحل : الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة . كما أمكن تحديد المطالب الخاصة بكل مرحلة على حدة على النحو التالى . (زهران ، ١٩٧٢) .

١ – **مطالب النمو في مرحلة الطفولة** : المحافظة على الحياة ، تعلم المشي ، تعلم استخدام العضلات ، تعلم الأكل ، تعلم ضبط الإخراج وعاداته ، تعلم الفروق بين الجنسين ، تعلم المهارات الجسمية الحركية اللازمة للألعاب وألوان النشاط العادية ، تحقيق التوازن الفسيولوجي ، تعلم المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب ، تعلم المهارات العقلية المعرفية الأخرى اللازمة لشئون الحياة اليومية وتعلم الطرق الواقعية فى دراسة البيئة والتحكم فيها ، تعلم قواعد الأمن والسلامة تعلم ما ينبغى توقعه من الآخرين وخاصة الوالدين والرفاق ، تعلم التفاعل الاجتماعى مع رفاق السن ، وتكوين الصداقات والاتصال بالآخرين ، والتوافق الاجتماعى ، تكوين الضمير ، وتعلم التمييز بين الصواب والخطأ ، والخير

والشر ، ومعايير الأخلاق والقيم ، التوحد مع أفراد نفس الجنس وتعلم الدور الجنسى في الحياة . تكوين اتجاهات سليمة نحو الجماعات والمؤسسات والمنظمات الاجتماعية ، تكوين المفاهيم والمدركات الخاصة بالحياة اليومية ، تعلم المشاركة في المسئولية تعلم ممارسة الاستقلال الشخصي ، تكوين مفاهيم بسيطة من الواقع الاجتماعى نمو مفهوم الذات واكتساب اتجاه سليم نحو الذات والإحساس بالثقة في الذات وفي الآخرين ، تحقيق الأمن الانفعالى ، تعلم الارتباط الانفعالى بالوالدين والأخوة والآخرين ، تعلم ضبط الانفعالات وضبط النفس .

٢ - **مطالب النمو فى مرحلة المراهقة** : نمو مفهوم سوى للجسم ، وتقبل الجسم ، تقبل الدور الجنسى فى الحياة ، تقبل التغيرات التى تحدث نتيجة للنمو الحسى والفسيولوجي والتوافق معها ، تكوين المهارات والمفاهيم العقلية الضرورية للمواطنة الصالحة ، استكمال التعلم ، تكوين علاقات حميدة طيبة ناضجة مع رفاق السن من الجنسين ، نمو الثقة في الذات والشعور الواضح بكيان الفرد ، تقبل المسئولية الاجتماعية ، امتداد الاهتمامات إلى خارج حدود الذات ، اختيار مهنة والاستعداد لها ، تحقيق الاستقلال اقتصاديا ، ضبط النفس بخصوص السلوك الجنسى ، الاستعداد للزواج والحياة العائلية ، تكوين المهارات والمفاهيم اللازمة للاشتراك في الحياة المدنية للمجتمع ، معرفة السلوك الاجتماعى المقبول وممارسته ، والقيام بالدور الاجتماعى الجنسى السليم ، اكتساب قيم مختارة ناضجة تتفق مع الصورة العملية للعالم الذى نعيش فيه ، إعادة تنظيم الذات ونمو ضبط الذات ، بلوغ الاستقلال الانفعالى عن الوالدين وعن الكبار .

٣ - **مطالب النمو في مرحلة الرشد** : تقبل التغيرات الجسمية التى تحدث في هذه المرحلة والتوافق معها . توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع ، اختيار الزوجة أو الزوج ، الحياة مع زوجة أو زوج ، تكوين الأسرة وتحقيق التوافق الأسرى ، تربية الأطفال والمراهقين والقيام بعملية التنشئة الاجتماعية لهم ، التطبيع والاندماج الاجتماعى ، ممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهنى تكوين مستوى اقتصادى مناسب مستقر والمحافظة عليه ، ممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسئولية الاجتماعية والوطنية . إيجاد روابط اجتماعية تتفق مع الحياة الجديدة ، تكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه المرحلة ، تقبل الوالدين والشيوخ ومعاملتهم معاملة طيبة والتوافق لأسلوب حياتهم ، تكوين فلسفة عملية للحياة ، تحقق الاتزان الانفعالى .

٤ – **مطالب النمو فى مرحلة الشيخوخة** : التوافق بالنسبة للضعف الجسمى والمتاعب الصحية لهذه المرحلة ، القيام بأى نشاط ممكن يتلاءم مع قدرات الشيخ . تحقيق ميول نشطة وتنويع الاهتمامات ، التوافق بالنسبة للاحالة على التقاعد أو ترك العمل ، التوافق بالنسبة لنقص الدخل نسبيا ، الاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين وتقدير ذلك ، التوافق بالنسبة للتغيرات الأسرية وترك الأولاد للأسرة واستقلالهم فى أسرهم الجديدة ، التوافق لموت الزوجة أو الزوج أو الأصدقاء ، تنمية وتعميق العلاقات الاجتماعية القائمة بين الأقران ، تكوين علاقات اجتماعية جديدة ، تحقيق التوافق مع رفاق السن ، الوفاء بالالتزامات الاجتماعية فى حدود الامكانات ، تقبل الواجبات الاجتماعية والوطنية ، تقبل التغير الاجتماعى المستمر والتوافق معه ومع الجيل التالى ، تهيئة الجو النفسى الصحى المناسب للحياة الصالحة لهذه المرحلة . (عبد الغفار ١٩٧٣ ، ص ٥٨ – ٦٠)

إن هذه القوائم فى جملتها لاشك وأنها تغطى الإنسان باعتباره كائن بيولوجي نفسى اجتماعى ، وهذا لا خلاف عليه . كما لا خلاف أيضا على أن تحقيق مطالب النمو الإنسانى يوفر له الظروف الأنسب للصحة النفسية السوية . ولكن فرضية « مطالب النمو » تثير من الأسئلة ما أثارته فرضية الدافع المستثار غير المشبع وربما أكثر ، مثلا هل مطلب النمو يبرز فى مرحلة معينة ثم يختفى مع بداية المرحلة التالية ليحل محله مطلب جديد أم أن مطالب النمو لا حدود واضحة لتوقفها ؟ مثلا « مطلب المحافظة على الحياة » هل هو خاص فقط بمرحلة الطفولة أم سيستمر فى كل المراحل إلى أن يموت الإنسان ؟ هل « تعلم ضبط الانفعالات وضبط النفس » مطلب طفلى فقط ينتهى مع بداية مرحلة المراهقة أم أنه سيستمر إلى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد ؟ وإذا كانت هذه المطالب لا حدود واضحة لتوقفها فِلمَ لا نجمعها فى قائمة واحدة ونقول هذه مطالب النمو الإنسانى التى علينا الاستجابة لها وتحقيقها أو معاونة الفرد على تحقيقها ؟ وهل إذا فعلنا ذلك نكون سهلنا العملية التربوية أم عملنا على زيادة تعقيدها ؟ .

« **مثال آخر** » : هل يكفى أن نعتبر مشاكل الصحة النفسية هى مشاكل النمو الخاصة بالفرد ؟ أليست هناك عوامل ومتغيرات أخرى تتدخل فى تلك الصحة أو مرضها فهل يعنى أن عدم تحقق مطلب معين فى سن معينة بالضرورة

سيخلق خللا ما فى النمو وبالتالى فى الصحة النفسية للفرد ؟ إذن كيف نفسر الدعوة التى نوجهها لأبنائنا ونطلب منهم فيها أن يؤجلوا إشباعات مطلب الزواج مثلا أو مطلب العمل أو مطلب الاستقلال الاقتصادى .. الخ إلى مراحل تالية ؟ .

« **مثال ثالث** » : هل يكفى أن نؤكد على مطالب النمو البيولوجي والنفسي والاجتماعي للفرد ونهمل الجانب الروحي لديه ؟ فإذا كان الجانب الروحي يكون أكثر وضوحا فى مرحلة الشيخوخة من خلال الصحوة الدينية التى يعيشها المسن وهو على أعتاب نهايات عمره ، فإن هذا الجانب ألزم للراشد والمراهق ليتعلم من خلاله كيف يضبط حياته البيولوجية والنفسية والاجتماعية .

أخيرا تواجهنا مشكلة تحديد الدرجة التى لابد وأن يتحقق عندها مطلب النمو أعنى درجة الاشباع الصحية ، أو إن شئت درجة المهارة التى يصل إليها الفرد لنقول : إذا تحقق مطلب النمو إلى هذه الدرجة فإن صاحبها يتمتع بالصحة النفسية . فهل نعتبر أن نجاح الإنسان فى توافقه مع جسمه ونفسه ومجتمعه وأوامر خالقه هو المعيار الدال على أن مطلب النمو لديه قد تحقق بدرجة مقبولة إن كان ذلك ممكنا يصبح لهذه القوائم دور معقول فى تحديد مفهوم الصحة النفسية .

٧ - الصحة النفسية والوجودية[١] :

الوجودية إحدى المذاهب المعاصرة التى قدمت مجموعة من الأفكار تتصل بالإنسان وتفيد فى إثراء تصور الصحة النفسية للفرد . وهى شعبتان الأولى هى الشعبة المؤمنة سارت فى طريقها مستلهمة أفكارها من المسيحية والثانية الشعبة الملحدة التى تعود أصولها إلى نيتشه ، والذى يبدأ مذهبه بجحود الألوهية وجحود جميع القيم الأخلاقية التقليدية المرتبطة بالدين ، وهو لا يقبل سوى حقيقة واحدة تتمثل فى عزلة الإنسان وضرورة مجابهته لمصيره المنتهى إلى العدم .

---

(١) يذهب الباحث الفرنسى ايمانويل مونييه إلى رد أصول الوجودية إلى سقراط الذى جاء مذهبه رد فعل ضد الفلسفة الكونية La Comogonic اليونانية حيث عارض مذهبهم بذلك السلطان الباطنى الذى يهتف بالإنسان من الداخل « اعرف نفسك بنفسك » . ومن بعد سقراط الرواقيون الذين فرضوا سيادة النفس ومواجهة المصير على الإنسان الأغريقى الصبور . ومن ثم باسكال الذى تصدى للديكارتيه وعاب عليها عدم انشغالها بمصير الإنسان وموته بالجدية الكافية . وأخيرا سورين كير كجورد الذى تصدى لهيجل متأثرا بالبروتستانتية وجعل لمشكلة « انقاذ الانسان الصدارة على مشكلتى المعرفة والمنفعة . وكذلك مارتان هدنجر الذى تصدى لدراسة كينونة الإنسان الموجود » الخاضع لحالة مأساوية هى علاقته بالموت .

وسنعرض فيما يلي بعض أفكار المذهب الوجودى بشكل عام : (غلاب ، ١٩٦٥) .

١ - **العلاقة بين الأنا والآخر** : فى تحليلها لهذه العلاقة تقرر الوجودية المؤمنة أن هناك هوة وعزلة وانعدام تفاهم بين الأنا والآخر ، فى حين تقرر الوجودية الملحدة أن الأمر لا يقف عند هذا الحد إنما العلاقة الرابطة بين الأنا والآخر هى علاقة النزاع والتطاحن والاستعباد .

٢ - **القلق الوجودى** : تقرر الوجودية أن الإنسان يعانى هذا النوع من القلق عندما لا يجد جوابا لأى من الأسئلة التالية : « لماذا يوجد الأناسى ؟ ولماذا أنا أجد أولئك الأناسي ؟ وهنا والآن » (غلاب ، ١٩٦٥ ، ص ٢٢) . والعقل عاجز عن استيقان الوجود . والوجود البشرى لا ضرورة له .. الخ . ويقول **سارتر** معبراً عن هذا الشعور الخانق والناتج عن القلق الوجودى : « إن الإنسان نافله في هذا العالم الذى هو أجنبى عنه » . وفى الوقت الذى ترى فيه الوجودية المؤمنة أن لا خلاص من القلق إلا بالتعلق بالأمل فى الخيرية الالهية والقبول بالأمر الالهي ، نجد أن الوجودية الملحدة لا تجد مخرجا من هذا القلق مما يقودها إلى اليأس وفقدان الأمل والتسليم بمأساوية الحياة .

٣ - **الأخلاق الوجودية** : تذهب الوجودية المؤمنة إلى أن الإنسان الأخلاقى هو ذاك الذى اختار أن يكون على صلة بربه ، وعندئذ يستمتع بالنقاء القلبى والشفافية الباطنية - كما يقول **كيركوجارد** - (غلاب ، ١٩٦٥ ، ص ٢٩) ، ويصبح بحق « فارس العقيدة » في حين أن الوجودية الملحدة ترى أن على الإنسان أن يكون حرا من أى قيد أخلاقى ، أن يكون هو هو ذاته ، وليس هناك قواعد عقلية ولا معان عامة . تفرض عليه - كما يقول سارتر - ، أن يكون فوضويا متمردا على قواعد الحياة .

٤ - **الجسم الإنسانى** : تمنح الوجودية المؤمنة أهمية رئيسية للجسم وتتأمل مكانته فالجسم - كما يراه **مارسيل** - هو الواسطة بين النفس المفكرة والعالم الخارجي . والشعور بحسنا الخاص هو الذى يمنحنا الإحساس بالوجود . وهذا الشعور الوجدانى هو الواسطة الضرورية للوصول إلى الشعور بوجود

الأشياء الأخرى . من حولنا ، أما الوجودية – عند سارتر – فلا ترى إلا الجسم والباقى عدم وصمت[1] .

٥ – **فكرة الموت** : تتحدث الوجودية المؤمنة على لسان ممثلها مارسيل عن القلق الناتج عن فكرة الموت . وتذهب إلى أن قبول الحياة هو مسألة اختيار حر وعمل من أعمال العقيدة أو نتيجة من نتائج الإيمان . فالموت بالنسبة للملحد ضرورة مفزعة غبية تقضى على مسرات الإنسان ، ولكنه بالنسبة للمؤمن إنذار بالهجران أو بالرفض حاضر دائما أمام العيان . فاختيار العقيدة والإيمان يخلص صاحبه من التشاؤم القانط الذى تميزت به الوجودية الملحدة . يقول مارسيل : « ليس للنفس وجود إلا بالأمل بل قد يكون هو نفس النسيج الذى صنعت منه أنفسنا (غلاب ، ١٩٦٥ ، ص ٣٥) فى حين نجد الوجودية الملحدة تعتبر أن الانتحار وسيلة خلاص ينجو بها الإنسان بنفسه .

فى اعتقادنا أن أفكار الوجودية الملحدة لا يمكن قبولها أو التعامل معها باعتبار أن نقطة الارتكاز الأساسية وهى العقيدة مفقودة لديها . إذن تبقى الوجودية المؤمنة التى يمكننا مناقشة آرائها وبيان مدى الاستفادة منها .

لا خلاف مع الوجودية المؤمنة فيما طرحته من حلول سواء للقلق الوجودى أو اضطراب العلاقات الاجتماعية أو قضية الأخلاق أو فكرة الموت أو فكرة الجسم وهى حلول لاشك وأنها قريبة جدا من مفاهيمنا الدينية . وكذلك لا خلاف فى تصورنا للصحة النفسية السوية للفرد التى تعنى خلاص الفرد من القلق وتمتعه بعلاقات ودية مع الآخرين وتعلقه باللطف الالهى وقبوله لحياته باعتبارها قدر من أقداره والتزامه بجملة من القيم الأخلاقية تبقيه على صلة وثيقة بربه . فصاحب الصحة النفسية عندهم هو بحق « فارس العقيدة » كما يحلو لهم أن يصوروه . حتى الجسد لم تهمله تلك الوجودية وأعطته دورا أساسيا لدرجة أن الإحساس بالجسد هو الذى يمنح الإحساس بالوجود وعليه أن يكون هذا المذهب هو أقرب النظريات الوضعية لمفاهيمنا الإسلامية المتصلة بالإنسان .

---

(١) يقول سارتر : فى هذا المجال ليس الوجدان شيئا آخر غير الجسم والباقى هو عدم وصمت . لمزيد من التفاصيل : (انظر كتابه « الوجود والعدم » ص ٣٩٢ – ٣٩٥) .

٨ - الصحة النفسية والمذهب الانسانى

يعتبر المذهب الإنسانى فى علم النفس مذهبا حديثا ، فقد بدأت أولى بواكيره فى الظهور فى الخمسينات واستمرت فى السبعينات من هذا القرن . ولا يزال ينمو ويتبلور ، لدرجة دفعت الكثيرين من علماء النفس إلى اعتباره قوة ثالثة أو تيارا ثالثاً يقف على قدم المساواة مع تيارى التحليل النفسى والسلوكية . ويمثل هذا المذهب كل من روجرز وماسلو وعدد كبير ممن كانوا يتبعون المذهب الوجودي .

ويقوم هذا المذهب كرد فعل لطروحات كل من التحليل النفسى والسلوكية فهو يرفض تصور الإنسان كجهاز طاقة معقد . يبحث عن حالة اتزان من حيث توزيع الطاقة على أجزائه المختلفة وأن أى ازدياد فى منسوب الطاقة فى أى جزء فيه يؤدى إلى خلل هذا الاتزان ومن ثم يتحتم على هذا الجهاز القيام بنشاط معين حتى يعود إلى حالة الاتزان (التصور الفرويدى) . كما يرفض تصور الإنسان جهازا آليا إذا أثير أى جزء منه تحتم عليه أن يقوم بسلوك معين ، وأنه يمكن تفسير هذا السلوك والتنبؤ به إن عرفنا تكوين هذا الجهاز وما يتعرض له من مثيرات (التصور السلوكي التقليدى) . وبالمقابل فإن هذا المذهب يطرح التصورات التالية للإنسان . (عبد الغفار ١٩٧٦) .

١ - الإنسان خير بالفطرة ، وأن ما يبدو عليه أحيانا من عدوانية وأنانية ما هو إلا نتيجة للصعوبات والتحديات التى يواجهها حيث تتعقد أسباب الحياة وأساليبها . وكذلك نتيجة لما يلقاه من احباطات مختلفة أو انكار لحقه فى أن يحقق إنسانيته . ورغم ما يعانيه الإنسان من صراعات وما يواجهه من عقبات إلا أنه قادر على أن يفكر ويقاوم أو على الأقل يحاول أن يتغلب على ما يواجهه من مشقات .

٢ - الإنسان حر فى حدود معينة . أى أنه حر فى اتخاذ ما يراه من قرارات واختيار ما يناسبه من أوجه النشاط . وقد تقف عوائق معينة فى طريق ممارسته لتلك الحرية إلا أن ذلك لا يمنع الفرد فى أن يمارس حقه فى الاختيار وما دام يملك الإرادة لذلك . ولا شك أن عودة مبدأ الإرادة فى السلوكات الإنسانية يهز بعنف مبدأ الحتمية النفسية أو الحتمية السلوكية التى سادت التيارات

النفسية الوضعية بشكل عام . وهو يلتقى مع مبدأ « الوعى » الذى نادت به السلوكية المحدثة والذى بموجبه أعطى للإنسان دورا أساسيا فى إحداث الاستجابة التى يراها مناسبة للمثيرات التى يتلقاها .

٣ - الإنسان كائن حى فى نشاط مستمر هادف . فالسلوك الإنسانى هنا يرنو دائما للأفضل ، والأفضل هو أن يحقق الفرد إنسانيته ، أن يحقق ذاته ، أن يشعر أنه قادر على الإنجاز ، قادر على الابتكار ، قادر على المبادأة ، أن يشعر بأن هناك معنى لوجوده . وبناء عليه فالإنسان ليس هو الكائن الحى الذى لا يستجيب إلا إذا واجه مثيرا فقط ، أو أن سلوكه ما هو إلا رد فعل لما يلقاه من مثيرات .

٤ - سلوكات الإنسان الآنية مرتبطة ارتباطا وثيقا بما يمر به من خبرات ، الخبرات كما يدركها هو لا كما يدركها الآخرون . وتلك هى الأصول الفينومينولوجية[1] للمذهب الإنسانى . فالكيفية التى يدرك بها الفرد خبراته الحالية هى التى تقرر سلوكاته ، سوية كانت هذه السلوكات أو مرضية . وبناء عليه فإن الفهم الأسلم لنشاط الإنسان يأتى عن طريق الدراسة للأصحاء الذين وصلوا إلى مستويات مناسبة من تحقيق الذات وحققوا التوافق الناجح فى حياتهم وغير ذلك من مؤشرات الصحة النفسية .

هذا وقد لخص **كارل روجرز** فى نظريته عن الذات مبادىء المذهب الإنسانى فهو يرى أن كل فرد يعيش فى عالم خاص من خبراته ، وأن المحافظة على الذات وتنميتها وتحقيقها هى أقوى القوى المحركة لسلوكات الفرد ، وأن هذا الفرد يستجيب فى المواقف فى ضوء إدراكه الخاص لذاته ولعالمه . وقد يستجيب الفرد لما يدركه من تهديد لذاته بحيل دفاعية متعددة كتضييق المجال الإدراكى أو الجمود فى الإدراك وغير ذلك من أساليب لحماية الذات .

أما **ماسلو** فيقول : « نستطيع أن نقول بشىء كبير من الثقة أن الإنسان مزود بإرادة فعالة تدفعه إلى النمو السليم وتحقيق امكانياته الإنسانية » . (عبد الغفار ،١٩٧٦ ص ٨٢) . ويقول معاتبا فرويد : « إن أكبر خطأ وقع فيه

---

(١) الفينومينولوجية : مذهب حديث ، أسسه الفيلسوف الألمانى هوسيرل ما بين (سنتى ١٩٢٩ ، ١٩٣٨) . حيث قدم دراسة وصفية للظواهر النفسية كما تتمثل للتجربة المباشرة .

فرويد أنه تصور أن اللاشعور هو موطن الشر ، وكله مرفوض . فاللاشعور كما نراه يحتوى أيضا على جذور الابتكارية والخير والقيم والخلق الانسانى (عبد الغفار ، ١٩٧٦ ، ٨٢) . كما وضع فى أعلى هرمه[٢] للحاجات الإنسانية مفهوم الإنسانية الكاملة . ويعرض هذا المفهوم الجديد بقوله : « إن الإنسانية الكاملة تتحقق فى احتضان الفرد للقيم الإنسانية الخالدة ، وأن يكون لديه القدرة على التجريد ، وأن تكون لديه القدرة على الحب وأن تكون لديه القدرة على السمو .. ، إن هذه القيم التى ننادى بها هى أهم دوافع الإنسان حيث ينشأ عن عدم اشباعها اضطرابات من نوع معين هى اضطرابات الروح Soul - Sickness
(Maslow , 1982, p. 45)

على ضوء هذا الاستعراض لأهم مبادىء المذهب الإنسانى يتحدد مفهوم خاص بالصحة النفسية للفرد . فالصحة النفسية فى هذا المذهب تعنى مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا . وهذا لا يتأتى إلا ب : ممارسة الفرد لحرية يدرك مداها وحدودها وتحمل مسئولياتها . أن يكون الفرد قادرا على التعاطف مع الآخرين وكذلك على حبهم ، وأن يكون ملتزما بقيم عليا مثل الحق والخير والجمال ... الخ وأن يشبع حاجاته الفسيولوجية والنفسية اشباعا متزنا .

ولا شك أننا أمام مذهب متكامل فى نظرته للإنسان ، فهو أول مذهب وضعى يتناول الأبعاد الأربعة للإنسان البعد الجسمى والنفسى والاجتماعى والروحى . بل لعله المذهب الوضعى الوحيد الذى يتحدث عن اضطرابات الروح وبذلك يلتقى بشكل واضح مع معطيات كثيرة فى الدين الإسلامى الحنيف ألم يقل تعالى فى كتابه الكريم : ﴿ **لقد خلقنَا الإنسانَ فى أحسنِ تقويم** ﴾ وهل هناك خيرية أروع مما ورد فى هذه الآية ؟ ثم ألم يقل أيضا : ﴿ **وهديناه النجدين** ﴾ ، ﴿ **كل نفسٍ بما كسبتْ رهينةٌ** ﴾ ، ﴿ **بل الإنسانُ على نفسه بصيرة ولو ألقى معاذيره** ﴾ وكلها تعبر عن حرية الإنسان المحدودة والمسؤولية المترتبة على تلك الحرية . أما عن الاشباع المتزن فقد تحدث عنه القرآن الكريم فى قوله تعالى : ﴿ **كُلوا واشْرَبُوا ولا تسرفُوا** ﴾ أما مفهوم « الإنسانية الكاملة » فى هذا

(٢) قدم ماسلو تنظيما هرميا للدوافع يبدأ بالحاجات الفسيولوجية ، ثم الحاجة للأمن ، ثم الحاجة للانتماء والحب ، ثم الحاجة إلى تقدير الذات ، ثم الحاجة إلى تحقيق الذات وأخيراً الكمال الإنسانى .

المذهب ، فهو أقرب ما يكون إلى مفهوم النفس المطمئنة فى القرآن الكريم إذ يقول تعالى : ﴿ **يا أيتها النفس المطمئنة ارجعى إلى ربك رَاضيةً مرضية فادخلى فى عبادى وادخلى جنتى** ﴾ .

الصحة النفسية والعلوم الطبية

إن التقدم الهائل فى ميدان الدراسات الطبية ، وما توفر للأطباء من تكنولوجيا متطورة ، سهلت لهم التعرف على دقائق الجسم الإنسانى ووظائفه وكيفية التعامل معه . وكذلك فإن سيطرة الاتجاه المادى فى هذا النوع من الدراسات ، جعل بعض العلماء فى هذا الميدان يتحمسون لدور الجسم فى تحديد مفهوم الصحة النفسية للفرد . بل أكثر من هذا ، فقد ذهب ذلك البعض إلى أن ما يعانيه المرء من اضطرابات نفسية أو انحرافات سلوكية إنما هو نتاج طبيعى لاختلال ما فى كيميائية الجسم بشكل عام . وعليه فإن الباحث عن الصحة النفسية للفرد عليه أن يبحث عن الصحة الجسمية أولا . كما أن المعالج للأمراض النفسية مثله مثل زميله المعالج للأمراض الجسمية عليه أن يركز اهتمامه على معالجة الاضطرابات الكيماوية فى الجسم ويعطى مريضه من العقاقير ما يعاونه فى القضاء على تلك الاضطرابات .

وفى إطار هذا التوجه النظرى للأمراض النفسية . فقد قدمت الدراسات الطبية معلومات وخبرة ثبتت بالدراسات المخبرية . من هذه المعلومات مثلا : أثر التوازن فى نسب المعادن على سلوك الانسان . فقد أثبتت البحوث العلمية أن حالات المرض العقلي كالفصام والاكتئاب الذهاني وعصاب القلق الشديد والعدوان كلها ذات جذور كيميائية . أى أن أسبابها تعود إلى ردود فعل الجسم بالحساسية لبعض الأطعمة أو لبعض المركبات الملوثة للبيئة أو لنقص واحد أو أكثر من المعادن التى توجد فى الجسم فى الحالة الطبيعية بكميات ضئيلة ، أو لتسمم شديد من بعض المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق .

وفى مؤتمر طبى عقد فى لندن للبحث فى العلاقة بين عمل الدماغ والغذاء وملوثات البيئة أعلن **الدكتور ماكارنيس** أنه وجد أن كل فرد تقريبا من المرضى الذين كانوا يعالجون نفسيا بالتحليل النفسي استفاد من العلاج الطبي بإزالة العنصر الذى يسبب حساسية عنده من طعامه أو بيئته .

وتفيد مجموعة أبحاث أجريت في أمريكا أن وجود عناصر معادن ثقيلة من الرصاص والزئبق والنحاس بنسبة عالية فى الجسم يمكن أن تؤثر تأثيرا سيئا فى وظائف الدماغ والجهاز العصبى المركزى والغدد الصماء وينتج عن ذلك سلوك شاذ مخالف للمعتاد . ويؤكد الدكتور **كارل بفايفر** Carl Pfeiffer مدير مركز الدماغ الحيوى في الولايات المتحدة أن زيادة نسبة النحاس يمكن أن تؤدى إلى زيادة الانفعالية وإلى الوساوس والهلوسة وأن وجود نسبة عالية من الرصاص يمكن أن تؤدى إلى التخلف العقلي عند الأطفال أو تودى إلى أشكالا من السلوك العداونى العنيف . (الكرمي ، ١٩٧٨) .

وفى ميدان آخر للدراسات الطبية وهو ميدان الغدد الصماء[1] فقد أصبح واضحا لدى أطباء الغدد أن العلاقة وثيقة بين التوازن فى افرازات الغدد الصماء والنمو السوى جسميا كان أو نفسيا أو سلوكيا . فاضطرابات الغدة النخامية مثلا تؤدى إلى تأخر فى النمو فى حالة نقص افرازاتها وتؤدى إلى العملقة فى حالة ازدياد تلك الافرازات ، وسواء أدت إلى القزمية أو العملقة فإنها ستترك آثارا نفسية جانبية تمس « مفهوم الجسم » لدى الفرد ، وما يمكن أن يتولد عنه من مركبات نفسية معقدة تضطرب معها صحة الفرد النفسية . والغدة الدرقية يؤدى نقص افرازاتها إلى حالة من الضعف العقلي خاصة فى الطفولة أما فى الكبر فيؤدى إلى المكسيديما (تأخر عام فى النمو الجسمى والعقلى) أما زيادة الافراز فتسبب زيادة الأيض وتضخم الغدة الدرقية . أما جارات الدرقية التى تشرف على تنظيم نسبة الكالسيوم والفسفور فى الجسم فإن نقص افرازاتها يؤدى إلى الكزاز أو التتنانوس (تقلص العضل) . فى حين أن زيادة الإفراز تسبب هشاشة العظام وتشوهها أما الغدة الكظرية التى تنظم نسبة الصوديوم فى الجسم فإن نقص افرازها يؤدى إلى الإصابة بمرض أديسون ، فى حين أن زيادة الإفرازات يسبب البكور الجنسي (زهران ، ١٩٧٢) .

وفى ميدان ثالث للدراسات الطبية نجد **الدكتور هنرى لابورى**[2] Henri

---

(١) الغدد الصماء هى تلك التى تطلق إفرازاتها فى الدم مباشرة ، وقد ثبت أن لها تأثير واضح فى عملية النمو (سانفورد ١٩٦٢) .

(٢) هنرى لابورى عالم بيولوجى فرنسى عرف باكتشافاته فى مجال علاج الذهان فقد اكتشف الكلوربرومازين Chlorpromazine والمينابرين Minaprine الأول يستخدم لعلاج الذهانيين والثانى لتحرير الانفعالات المكبوتة .

Laborit يعمد إلى دراسة وظائف الجهاز العصبي وأثر هذا الجهاز على السلوك الإنساني السوى . وانطلق فى تجاربه على الفئران من مسلمات فسيولوجية مفادها أن للدماغ طريقتين فى التعامل مع المثيرات الوافدة إليه سواء من العالم الخارجى أو من الكائن ذاته . الطريقة الأولى طريقة **الاستثارة اللذية** حيث تتأدى من خلالها الاستجابات التى يرضى عنها الكائن وتترك لديه أثارا موجبة، الطريقة الثانية هى طريقة **الاستثارة الهروبية** أوالدفاعية . حيث تتأدى من خلالها الاستجابات التى تخلص الفرد أو الكائن مما يتعرض له من صعوبات مؤلمة .

إن لجوء الكائن الحى إلى إحدى هاتين الطريقتين فى تعامله مع المثيرات التى يتعرض لها لا شك أنه يمثل الحل الأفضل بالنسبة إليه ، ذلك أنه يحرره من الآثار السلبية للمثيرات ، أو يتيح له فرصة التمتع بالآثار الإيجابية لها . ولكن « لابورى » وجد من خلال تجاربه المتعددة أن الكائن الحى قد يلجأ إلى طريقة ثالثة فى الاستجابة لما يتعرض له من مثيرات ، حيث إنه لا يؤدى أية استجابة على الإطلاق أى أنه يكف أو يمنع الاستجابة سواء أكانت لذية أو هروبية أو دفاعية من الظهور . وقد أطلق هذا العالم على هذه الطريقة اسم (كف الفعل) L'inhibition de L'Action ، ثم راح يدرس آثار هذه الطريقة ، فلاحظ أن الفئران التى تلجأ إليها تعانى القلق وتتبدى عليها أعراض الاضطرابات الفسيولوجية كارتفاع ضغط الدم ، وازدياد حركات التنفس وارتفاع ضربات القلب .. الخ ، وقد فسر هذه الظواهر بأنها نتاج للطاقة الانفعالية المحبوسة فى جسم الكائن والتى تجمعت على إثر كفّه الاستجابة التى يتطلبها المثير الذى يتعرض إليه . وقد رأى هذا العالم أن النتائج التى وصل إليها مع الفئران يمكن أن تنطبق على الإنسان أيضا . فقد وجد لدى معالجته لبعض الأفراد أن الشكوى من آلام المعدة والصدر والتهاب اللوزتين منتشرة لدى أولئك الذين لا يجدون متنفسا للطاقة الانفعالية الحبيسة لديهم نتيجة لتعرضهم لضغوطات اجتماعية دون أن يستجيبوا لها . (Jerome 1982) .

إن أصول نظرية « لابورى » تعود إلى ما قدمه فرويد عن الآثار المرضية للطاقة الانفعالية المكبوتات اللاشعورية والتي لا تجد مجالاً للتفرغ في العالم الخارجي كما أن هذه النظرية تتفق مع أفكار **وهلم ريخ** الذى لاحظ أن الأشخاص العصابيين يعانون توترا عضليا حادا نتيجة لطاقة انفعالية ما لابد من تفريغها إذا

ما أريد إنهاء ذلك التوتر العضلي . ولا يتم ذلك إلا من خلال تمرينات رياضية تتركز على تلك العضلات مثل : ضرب وسادة بقبضتى اليدين ، البكاء والصراخ ، التنفس العميق ، جعل إنسان العين يتبع ضوءا متحركا ، رفس وسادة بالقدمين ، تحريك الحوض حركات متتالية . الخ .

تلك أمثلة فقط على ما قدمته العلوم الطبية فى دراستها للجسم الإنسانى والذى يهمنا هنا هو أن لا خلاف مع تلك العلوم حول الحقائق الطبية التى ثبتت صحتها . ولا خلاف حول أهمية سلامة الجسم من الأمراض ، ولا مناص من متابعة الدراسة لمعرفة أكثر لجوانب ذلك الجسم والكشف عما لا نعرفه حتى الآن ولكن الخلاف يبدأ عندما يحاول الأطباء اعتبار العامل البيولوجي المتغير الوحيد فى صحة الفرد النفسية . وبالتالي يساوون بين الصحة النفسية والصحة الجسمية وتصبح الصحة النفسية عندهم تعنى خلو الجسم من الأمراض وفقا لما يقرره الطبيب المختص . فنحن نعتقد أن العامل البيولوجي هو واحد من متغيرات تحدد رؤيتنا للصحة النفسية وأن هذا العامل لا يمس إلا بُعداً واحداً من أبعاد الكائن الإنسانى وهو البعد الجسمى فقط . كما نعتقد أن العلاقة جدلية بين أبعاد الإنسان الأربعة وقد أدرك القدامى هذه العلاقة حين قسموا الأمراض إلى قسمين أمراض الأبدان وأمراض القلوب وقد يتبع أحدهما الآخر بمعنى أن مرضى الأبدان قد تمرض قلوبهم ، ومرضى القلب قد يمرضون بدنيا .

إن دعوى بعض الأطباء أن مرضى النفس هم مرضى فى أجسادهم فقط ، رؤيا محدودة لديناميكيات المرض النفسي . وتفرض طريقة واحدة فى العلاج هى الاعتماد على العقاقير والمستحضرات الكيماوية . والواضح الآن أن الاتجاهات العالمية فى هذا الميدان حتى فى الميدان الطبى لا تتحمس كثيرا لهذه الدعوى ، مما أفسح المجال للمتخصصين فى علم النفس والخدمة الاجتماعية وعلم الاجتماع ... الخ ليشاركوا فى العملية العلاجية لمرضى النفس .

بهذا نكون قد عرضنا مفهوم الصحة النفسية سواء في الفكر الفلسفي الأغريقي ، أو عند الغزالي أو في مجمل النظريات الوضعية للمدارس ومذاهب علم النفس وكذلك من وجهة نظر العلوم الطبية . وبعد هذا العرض يهمنا أن نرى ما قدمه الإسلام فى هذا المجال .

الصحـة النفسية والدين الإسلامى

ما من شك فى أن الدين الإسلامى قد جاء لمصلحة بنى البشر وانقاذا لهم مما كانوا يتخبطون فيه : من فساد فى العقيدة وأمراض فى النفوس والأجساد ، ومعضلات اقتصادية واجتماعية ، وحروب لا تبقى ولا تذر . وجاء هذا الدين للناس كافة فهو دين عالمى إنسانى لا يفرق بين الناس تبعا لأعراقهم أو ألوانهم أو بيئاتهم الجغرافية ، إنما يفترق الناس ويتفاضلون بالتقوى « لا فضل لعربى على أعجمى إلا بالتقوى » . وهو خاتم الرسالات فكان لابد وأن يكون شاملا يتناول الإنسان فى كليته ، يتناول جسده ونفسه وروحه ، يتناوله فى مجتمعه ، فى غدوه ورواحه ، فى نومه ويقظته فى فرحه وحزنه ، فى سوائه ومرضه ، يتناوله فى علاقته بخالقه وما تقتضيه تلك العلاقة من عبادة لهذا الخالق وتقرب إليه وطلب العون منه ساعة الشدة ، فهو قريب إليه يلبى دعوته إذا دعاه ، إنه أقرب إليه من حبل الوريد ، هذا الخالق القادر على كل شىء العالم بخائنة الأعين وما تخفى الصدور .

لذا لا غرو أن تحتل الصحة النفسية للفرد مكان الصدارة باعتبار أنها تشكل المصلحة الرئيسية للفرد . والمتتبع لموضوع الصحة النفسية فى مصادر الدين الإسلامى سيعثر دون شك على الشروط التى يجب توفرها لتحقيق تلك الصحة نذكر منها ما يلى :

١ - الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله ، واليوم الآخر ، وقضائه وقدره . هذا الإيمان هو أساس العقيدة الإسلامية . يصور القرآن الكريم أثره فى الإنسان بقوله : ﴿ **وعدَ الله الذينَ آمنوا وعَمِلُوا الصالحاتِ لَيستَخْلِفَنَّهُم فى الأرض كما استخلف الذين من قبلِهِم ولَيُمَكِّنَنَّ لهُم دينهُمْ الذى ارتضَى لهُم ، ولَيُبَدِّلَنَّهُم من بعدِ خوفِهِم أمناً يعبُدونَنِى لا يشركُونَ بى شيئاً** ﴾[1] فالصحة النفسية السوية تتطلب سواء العقيدة الإيمانية ، وتعنى الإحساس بالأمن بعد الخوف ، وسعة الرزق ، والاستخلاف فى الأرض ، والحياة الطيبة : ﴿ **من عمل صالحاً من ذكرٍ أو أنثىَ وهو مؤمنٌ فلنُحيينَّه حياةً طيبةً ولنجزينهم أجرَهم بأحسنِ ما كانُوا يعملون** ﴾[2] .

---

(١) النور ، آية ٥٥ .

وأخيرا تعنى الصحة النفسية الاطمئنان على حسن الختام والفوز برضى الله يقول تعالى : ﴿ **وأمَّا من خافَ مقامَ ربِهِ ونهى النفسَ عن الهَوَى فإنَّ الجنَّةَ هى المأوىَ** ﴾[1] .

٢ - سلامة القلب من أمراض الشبهة والشك وأمراض الشهوة والغى[2] . الصنف الأول يؤدى إلى اختلال العقيدة الإيمانية . والصنف الثانى يحول الإنسان عن فطرته الخيرة إلى البهيمية التى لا تعرف كيف تضبط غرائزها ولا كيف تشبع تلك الحاجات ، وكلا الصنفين وارد فى القرآن الكريم حيث يقول تعالى فى الصنف الأول : ﴿ **فى قلوبِهِم مرضٌ فزادَهُم اللهُ مرضاً** ﴾[3] . ويقول أيضاً : ﴿ **وليقولَ الذين فى قُلوبِهِم مرضٌ والكافرونَ ماذا أرادَ اللهُ بهذا مثلاً** ﴾[4] .

ويقول فى الصنف الثانى : ﴿ **يانساءَ النبىِّ لستُنَّ كأحدٍ من النساء إن اتَّقيْتُنَّ فلا تخضعنَ بالقول فيطمعَ الذى فى قلبه مرض** ﴾[5] . ويقول أيضا : ﴿ **زينَ للناسِ حبُّ الشهواتِ من النِساءِ والبنينَ والقناطيرِ المقنطرةِ من الذهب والفضَّةِ والخيلِ المُسوَّمِة والأنعام والحرثِ ذلك متاعُ الحياةِ الدُّنيا والله عندَه حُسنُ المآبِ** ﴾[6] .

٣ - عدم الخضوع لمطالب النفس الأمارة بالسوء أو لمطالب النفس اللوامة المغالية . الأولى تدفع بصاحبها إلى طريق الشر حيث الكفر والإلحاد التى لا يرضى عنها الله كالقتل والربا وأكل مال اليتيم وشرب الخمر والزنا والقعود عن الجهاد ... الخ فينحرف الفرد بذلك عن جادة الصواب . أما الثانية فمهمتها اللوم العنيف لصاحبها ، وتهديده بالعقاب ، ودفعه للانتقام من نفسه عما ارتكبه من أفعال مشينة ، وتخويفه حتى يفقد أمنه فلا يجد له ملجأ ، ويعيش معذبا ينتظر

---

(١) النازعات ، آية ٤٠ ، ٤١ .
(٢) تحدث كثير من علماء المسلمين عن أمراض القلوب . ومنهم ابن القيم الجوزية في كتابه « الطب النبوي » فارجع إليه .
ابن القيم الجوزية ، الطب النبوي ، دار إحياء التراث العربي .
(٣) البقرة ، آية ١٠ .
(٤) المدثر ، آية ٣١ .
(٥) الأحزاب ، آية ٣٢ .
(٦) آل عمران ، آية ١٤ .

قضاءه . وقد ورد ذكر النفس الأولى التى تدعو إلى الهوى فى قوله تعالى : ﴿ **وأما من خاف مقام ربِه ونهَى النفسَ عن الهَوى فإنَّ الجنةَ هى المأوىَ** ﴾[1] . أما الثانية فقد أقسم بها الله قوله : ﴿ **ولا أُقسِمُ بالنفسِ اللَّوَّامة** ﴾[2] . وقد بين لنا القرآن الكريم الصورة المثالية للنفس التى يتمتع صاحبها بالصحة النفسية وأسماها النفس المطمئنة ، والتى لا يصل إليها الإنسان إلا بالكف عن تنفيذ مطالب النفس الأمارة بالسوء ، وكذلك عدم الانسياق لمطالب النفس اللوامة المغالية استجابة للحديث الشريف : « **إن هذا الدينُ متينٌ ولن يشاد الدينَ أحدٌ إلا غلبَه** » ، وفى قول الرسول ﷺ أيضا : « **إن لبدنِك عليكَ حقاً ولنفسِكَ عليكَ حقاً ، ولأهلك عليك حقا ولربك عليك حقا فاعط كل ذى حق حقه** » ، وقد ذكر القرآن الكريم النفس المطمئنة فى قوله تعالى : ﴿ **يا أيَّتُها النفسُ المطمئنةُ ارجعى إلى ربك راضيةً مرضية فادخُلِى فى عبادِى وادخُلِى جنَّتى** ﴾[3] .

٤ – سلامة الجسد من الأمراض . فقد روى عن أبى بكر رضى الله عنه عن النبى ﷺ أنه كان يدعو ربه بالدعاء التالى : « **اللَّهم عافنى فى بدنى ، اللَّهم عافنى فى سمعى ، اللَّهم عافنى فى بصرىّ** » وقد حث الرسول الكريم على التداوى تخلصا من أمراض الجسم فى قوله ﷺ : « **تداووا فإن الذى خلق الداء خلق الدواء** » (ابن القيم ، ص ٤١) .

٥ – المداومة على ذكر الله بتناول القرآن الكريم تلاوة أو سماعا – فى حديث عن عبد الله بن مسعود رضى الله عنه عن النبى ﷺ قال : « **إن القرآن مأدُبةُ الله فاقبلوا مأدُبته ما استطعتم . إن هذا القرآن حبلُ الله والنورُ المبين الشفاءُ النافعُ ، عصمة لمن تمسك به ، ونجاة لمن اتبعه ، ولا يزيغ فيستعتب ولا يعوج فيقوم ، ولا تنقضى عجائبه ، ولا يخلق من كثرة الرد . اتلوه فإن الله يأجركم على تلاوة كل حرف عشر حسنات** » . ويقول الرسول أيضا : « **من استمع إلى آية من كتاب الله كُتبت له حسنةٌ مضاعفة ، ومن تلاها كانت له نوراً يومَ القيامة** » (ابن القيم ، ص ٤٢) ويقول تعالى فى نفس الموضوع :

---

(١) النازعات ، آية ٤٠ ، ٤١ .

(٢) القيامة ، آية ٢ .

(٣) الفجر ، آية (٢٧ – ٣٠) .

﴿ كتابٌ أنزلْناهُ إليكَ مباركٌ ليدَّبَّروا آياتِه وليتذكَّرَ أُولُوا الأَلْباب ﴾[1] .
ويقول أيضا : **﴿ وإذا قُرِىءَ القرآن فاستمِعُوا لهُ وأنصِتُوا لعلكمْ تُرحَمُونَ ﴾**[2] .

٦ – سلامة النفس من الهم والحزن والعجز والكسل والجبن والبخل وغلبة الدين وقهر الرجال . يُروى عن الرسول عليه السلام أنه دخل المسجد فوجد رجلاً يجلس فى ركن من أركانه فسأل عن حاجته وعما به فشكى للرسول همومه وديونه . فقال له الرسول : « **أفلا أعلمك كلاماً إذا قلته أذهبَ اللهُ همك وقضى عنك دينك** ؟ » قال بلى يا رسول الله . فقال الرسول : « **قل إذا أصبحت وإذا أمسيت اللهم إنى أعوذ بك من الهمِ والحَزن ، وأعوذ بك من العجزِ والكسَلِ ، وأعوذ بك من الجُبنِ والبخلِ ، وأعوذ بك من غلبة الدين وقهر الرجال** » (ابن القيم ، ص ٣٣) .

٧ – التمتع بعلاقات اجتماعية سليمة وتحمل المسئولية الاجتماعية واحترام إرادة الجماعة والالتزام بما تتفق عليه ، والإحساس بآلام وآمال الجماعة ومشاركتها أفراحها وأتراحها ... الخ . فقد نظم الدين الإسلامى صور تلك العلاقات وكيف يجب أن تكون ... فهذا الرسول الكريم يصف المؤمنين فى توادهم وتراحمهم بالجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى . والرسول نفسه يروى لنا كيف أن جبريل عليه السلام ظل يوصيه بالجار حتى ظن الرسول أنه سيورثه ، ويأمرنا بإيفاء الكيل والميزان وبرد الأمانات إلى أهلها ، والحكم بالعدل ، وإخراج الزكاة ،و ... و... الخ مما ينظم العلاقات الاجتماعية ويخلق المجتمع المسلم ، المجتمع الذى يحس فيه كل فرد بسلامة صحته النفسية .

خلاصة القول : إن الدين الإسلامى يرى أن الصحة النفسية أساسها سلامة العقيدة وسلامة النفس والجسد من الأمراض والانحرافات والأهواء ، وسلامة العلاقات الاجتماعية الرابطة بين الفرد والآخرين .

---

(١) ص ، آية ٢٩ .
(٢) الأعراف ، آية ٢٠٤ .

أمام هذه النظرة الشمولية للإنسان وصحته النفسية ، لا يبقى للنظريات الوضعية والفلسفية من معنى . إلا شيء واحد وهو محاولة التعمق فى عموميات طرحها منذ ١٤٠٠ سنة على وجه التقريب ديننا الحنيف ولا يبقى للنظريات العلمية إلا معنى واحداً هو : أنها تزيد المؤمن إيمانا بقدرة خالق هذا الكون ، وتجعله أقدر على التعرف على دقائق كونه والقوانين المنظمة له وكيفية التعامل وفقا لتلك القوانين ، مما يزيد من إحساسه بقيمته وبقدرته على اختراق المجال الأرضى إلى الكواكب باحثا ومنقباً فى خفايا هذا الكون ، وليثبت أنه يستحق خلافة الله فى أرضه . إنسان كهذا ألا يتمتع بالصحة السوية ؟ .

مؤشرات الصحة النفسية

عرضنا فيما تقدم أهم التراث الفكرى للدراسات النفسية والفلسفية ذات العلاقة بموضوع الصحة النفسية ، كما عرضنا لتلك الصحة فى ديننا الإسلامى الحنيف وقد رأينا تعدد وتنوع مفاهيم الصحة النفسية بتعدد النظريات الوضعية وانتهينا إلى التصور الأشمل لتلك الصحة وهو ذاك الذى قدمه الدين الإسلامى من حيث إن تناول الإنسان بأبعاده الروحية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية .

وقد استعان علماء النفس بما قدمه التراث الفكرى النفسى في وضع قوائم من المؤشرات التى يتصورون أنها تعبر فى مجموعها عن الصحة النفسية للفرد ، والتي من خلالها يُترك للفرد أن يحدد مدى ما يتمتع به من صحة نفسية . وسنعرض فيما يلى بعضاً من هذه القوائم : (عبد الغفار ، ١٩٧٦) .

١ - **قائمة جودا (١٩٥٨)** : جاء فى هذه القائمة المؤشرات التالية :

تَقبُل الذات واحترامها ، الشعور بالوجود ، الاستقلالية ، التلقائية ، تكامل الشخصية ، مرونة الآنا ، القدرة على تحمل الإحباط ، القدرة على تحمل القلق ، الإعتماد على النفس ، الحساسية الاجتماعية ، الكفاءة فى العلاقات الشخصية ، الكفاءة فى العمل ، والقدرة على التكيف .

هذه القائمة تحتوى على أربعة عشر مؤشرا تهتم أساسا بالبعدين النفسى والاجتماعى فقط . ولكن هذه القائمة لا تتعرض لأى من الجانبين الجسمى والروحي للإنسان .

٢ – قائمة بارون (١٩٦٨) : تذهب هذه القائمة إلى أن الفرد صاحب الصحة النفسية السوية ذاك الذى لا يكذب ، لا يفسق ، لا يسرق ، لا يغتاب ، لا يقتل ، لا يفعل أى شىء يهدد سير الحياة ونموها ، لا يفعل إلا ما يراه صوابا .

إن هذه القائمة تركز أساسا على القيم الاجتماعية والأخلاقية وتهمل بشكل واضح الجوانب الإنسانية الأخرى .

٣ – قائمة ماسلو : وتشمل المؤشرات :

إرتباط الفرد بمجموعة من القيم منها : صدق الفرد مع نفسه ومع الآخرين ، أن تكون لديه الشجاعة فى التعبير عما يراه صوابا ، أن يتفانى فى أداء العمل الذى يجب أن يؤديه ، أن يكتشف من هو وما الذي يريده وما الذى يحبه وأن يعرف ما هو الخير له ، وأن يتقبل ذلك دون اللجوء إلى حيل دفاعية يقصد بها تشويه الحقيقة .

وتؤكد هذه القائمة على الأبعاد التالية :

(أ) معرفة الفرد لذاته وامكانياته . وهذه مقولة قديمة حديثة بدأ بها سقراط فلسفته ولكى يحققها ابتدع المنهج الحوارى الخاص به ، وما زالت الاتجاهات الحديثة والمعاصرة تراها شرطا ضروريا لتوافق الإنسان مع نفسه وتمتعه بالصحة النفسية .

(ب) صدق الفرد مع نفسه بأن يتصرف وفقا لامكانياته ، ووفقا لقيمه دون حاجة إلى تزييف أو تزوير . وهذه مقولة من المقولات الوجودية التى تدعو الإنسان أن يكون هو هو ولا شىء غير ذلك .

إذن قائمة ماسلو تلخصها المعادلة المعروفة جيدا :

إعرف نفسك ــــ كن صادقا معها ــــ تقبل ذاتك ــــ

Accept your Self ____ Be your Self ____ Know your Self

ولعل السؤال المطروح هو : هل تكفى معرفة النفس ليكون الإنسان صادقا معها ؟ وهل يكفى أن يقبل الفرد ذاته ليكون سعيدا ؟ لا نعتقد ذلك فثمة جانب

ناقص فى هذه المعادلة لا تكمل إلا به ألا وهو الجانب الروحى الذى يضبط المقولة الثانية ويحل بعض اشكالات المقولة الثالثة . فمعرفة الإنسان لخالقه والإيمان به والإمتثال لما يستتبع ذلك الإيمان من عبادات وأوامر ونواه يفرض على الإنسان أن يكون صادقا مع نفسه ومع خالقه قابلا لذاته راضيا بما قدر له .

قائمة صموئيل مفاريوس (١٩٧٤) : وتشمل المؤشرات التالية :

تقبل الفرد لحدود امكانياته ، استمتاع الفرد بعلاقاته الاجتماعية ، نجاح الفرد فى علمه ورضاه عنه ، الإقبال على الحياة بوجه عام ، كفاءة الفرد فى مواجهة احباطات الحياة اليومية ، اتساع أفق الحياة النفسية ، إشباع الفرد لدوافعه وحاجاته ، ثبات اتجاهات الفرد ، تصدى الفرد لمسئولية أفعاله وقراراته ، الاتزان الانفعالي .

إن هذه القائمة لا تختلف كثيرا عن سابقاتها من حيث اهتمامها بالجانب النفسي للفرد والجانب الاجتماعى فقط دون أى ذكر للجانبين البيولوجي والروحي . وعليه فإن اقتراح أية قائمة للمؤشرات الدالة على الصحة النفسية لابد وأن يكون أكثر شمولية لأبعاد الإنسان المختلفة من جهة ، وألا تقتصر على المؤشرات الإنسانية العامة التى لا تخضع للثقافات . وقد تأكد لنا من خلال دراسة أولية أجريت عام ١٩٨٢ على عينة عشوائية من طلبة جامعة الكويت واستخدمنا فيها قائمة من المؤشرات الدالة على الصحة النفسية والمأخوذة من القوائم التى ذكرناها آنفا ، إن المؤشرات المختارة هى مؤشرات إنسانية لذا ذهبت العينة إلى الموافقة عليها وحددت أول عشر مؤشرات دالة على الصحة النفسية وهي :

أن يكون الفرد صادقاً مع نفسه ، أن تكون لديه الشجاعة في التعبير عما يراه صواباً ، أن يكون صادقاً مع الآخرين ، أن يكون قابلاً لذاته ، أن يعتمد على نفسه ، أن يتحمل مسئولية أفعاله وقراراته ، أن يتمتع بالاستقلالية ، أن يكون ثابتاً فى اتجاهاته ، أن يكون مرناً ، أن يتفانى فى أداء العمل الذى يجب أن يؤديه .

وهذه المؤشرات مشتركة مع القوائم الأخرى بغض النظر عن الاختلافات الثقافية فى المجتمعات المختلفة . وإذا كان لنا أن نقترح قائمة للمؤشرات التى نعتقد أنها تمثل المفهوم الاجرائى للصحة النفسية فإننا سننطلق من نظرتنا الشمولية للإنسان ، تلك النظرة المستقاة أساسا من معطيات ديننا الحنيف . هذه القائمة هى :

(ا) **الجانب الروحى** : الإيمان بالله ، أداء العبادات ، القبول بقضاء الله وقدره ، الإحساس الدائم بالقرب من الله ، اشباع الحاجات بالحلال ، المداومة على ذكر الله .

(ب) **الجانب النفسى** : الصدق مع النفس ، سلامة الصدر من الحقد والحسد والكره ، قبول الذات القدرة على تحمل الإحباط ، القدرة على تحمل القلق ، الابتعاد عما يؤذى النفس (الكبرياء ، الغرور ، الإسراف ، التقتير ، الكسل ، التشاؤم) ، التمسك بالمبادىء المشروعة ، الاتزان الانفعالى ، سعة الصدر ، التلقائية ، الإقبال على الحياة ، السيطرة وضبط النفس ، البساطة ، الطموح ، الاعتماد على النفس .

(ج) **الجانب الاجتماعى** : حب الوالدين ، حب شريكة الحياة ، حب الأولاد ، مساعدة المحتاجين ، الأمانة ، الجرأة فى قول الحق ، الابتعاد عما يؤذى الناس (الكذب ، الغش ، السرقة ، الزنا ، القتل ، شهادة الزور ، أكل مال اليتيم ، الفتن ، الحقد ، الحسد ، الغيبة ، النميمة ، الخيانة ، الظلم) الصدق مع الآخرين ، حب العمل ، تحمل المسئولية الاجتماعية .

(د) **الجانب البيولوجى** : سلامة الجسم من الأمراض ، سلامته من العيوب الخلقية ، تكوين مفهوم موجب للجسم ، العناية الصحية بالجسم ، عدم تكليفه إلا فى حدود طاقته .

الصحة النفسية وسيكولوجية التوافق

إن الاهتمام فى الآونة الأخيرة بسيكولوجية التوافق باعتباره الهدف الأقصى الذى يسعى إليه الكائن الإنسانى ، والذى يُسَخر من أجله كافة سلوكاته وامكانياته هذا الاهتمام أدى إلى جعل مفهوم الصحة النفسية أكثر التصاقا بل وتطابقا من مفاهيم أخرى مثل : التوافق ، التكيف المتكامل ، تكامل الوظائف النفسية .

فبالنسبة لمصطلح التوافق فإن بوهيم (١٩٥٥) يرى أن الصحة النفسية هى حالة ومستوى فاعلية الفرد الاجتماعية ، وما تؤدى إليه من اشباع لحاجات الفرد .

فالفرد الأكثر توافقا هو الفرد الأنجح فى إشباع حاجاته من خلال فعالياته الاجتماعية ، وهو الفرد الذى يتمتع بمستوى أعلى للصحة النفسية . (عبد الغفار ، ١٩٧٦) .

إن هذا المعيار للصحة النفسية نابع من صميم ثقافة المجتمع الأمريكى الذي يقدس قيمة الفرد ويعطيه الحرية فى استخدام كافة الوسائل لاشباع حاجاته . وقريبا من ذلك ، يذهب **صموئيل مغاريوس** إلى أن الصحة النفسية هى مدى أو درجة نجاح الفرد فى التوافق الداخلى بين دوافعه ونزعاته المختلفة ، وفى التوافق الخارجى فى علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها ومن فيها من موضوعات وأشخاص . هذا النوع الأخير من التوافق يجعل من المعيارية الفردية التى طرحها بوهيم غير كافية ، إنما لابد من المعيارية الاجتماعية . وينبه مغاريوس إلى أن التوافق الاجتماعى أمر نسبى يختلف باختلاف الزمان والمكان ، وعليه لابد للمتخصص النفسي من الدراسة المعمقة للبيئة الاجتماعية وأن يتعرف على معطياتها الأساسية من عادات وتقاليد وقيم وقواعد سلوك .... الخ » .. أى أن الصحة النفسية رهينة بالشروط الثقافية للبيئة خاصة فيما يتصل بالتوافق الاجتماعى (مغاريوس ، ١٩٧٤) .

أما بالنسبة لمصطلح « التكيف المتكامل » ، فيذهب **شوبن** إلى تحديد عدد من الصفات تعبر عن هذا التكيف ومنها : القدرة على ضبط النفس ، الشعور بالمسئولية الشخصية ، الشعور بالمسئولية الاجتماعية ، والاهتمام بالقيم المختلفة وخاصة القيم الديمقراطية . ويتحدث شوبن عن الفرد ذى الصحة النفسية السوية بأنه ذاك الذى تعلم أن عليه فى كثير من المواقف أن يرجىء إشباع حاجاته مفضلا نتائج بعيدة المدى عن ذلك الاشباع الفورى ، وهو يدرك دوافع سلوكه المختلفة . ويتحمل مسئولية ما يقوم به من أعمال دون اللجوء إلى حيل دفاعية . (عبد الغفار ، ١٩٧٦) .

إن هذه الصفات التى أوردها شوبن للتدليل على التكيف المتكامل لا تختلف كثيرا عن تلك التى أوردها واضعو القوائم الدالة على الصحة النفسية ومن هنا أصبح المصطلحان مترادفين .

أما **صلاح مخيمر** فيقول فى نفس الموضوع : « إذا كانت الصحة النفسية هى عملية تكيف الفرد مع بيئته ، فإننا يمكن أن نتبين مظاهر هذه الصحة إذا

ما تناولنا عملية التكيف من زاوية الفرد من حيث موقفه من ذاته (دينامية) ومن زاوية البيئة من حيث موقفه من بيئته (الوظيفية) .

ثم يورد بعض هذه المظاهر : فمن الناحية الدينامية يتصف صاحب الصحة النفسية السوية بـ :

اتسام الشخصية بالوحدة الكلية ، واتسامها بالاستمرارية ، الفهم الواقعى لامكانيات ذاته وحدودها ، خفض التوترات ، الشعور باضطراد التقدم على الطريق إلى أهداف المستقبل تحقيقا للذات وامكانياتها .

أما من الناحية الوظيفية فيتمتع بالقدرة على مواجهة المواقف المختلفة فى عالمه: المألوفة منها بالعادات والجديدة منها بالذكاء ، والقدرة على خفض التوترات أو على الأقل التسامح تجاهها ، القدرة على تحقيق الذات ، القدرة على المشاركة فى الحياة الاجتماعية والحصول على تقدير الآخرين وحبهم (مخيمر ، ١٩٧٢) .

أما مصطلح « التكامل » ، الذى هو فى الأصل مصطلح رياضى . استعاره **الدكتور القوصى** ليستخدمه فى الدراسات النفسية . وحين تحدث عن الصحة النفسية قال هى « التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة ، مع القدرة على مواجهة الأزمات العادية التى تطرأ عادة على الإنسان ومع الإحساس الايجابى بالسعادة . (القوصى ، ١٩٧٠) .

ويتحدث **صلاح مخيمر** فى نفس الموضوع فيقول إن التكامل هو اتزان بين مكونات الشخصية ، وهو اتزان بين الشخصية والبيئة ، متأثرا فى ذلك بالاتجاه الفرويدى الذى أشرنا إليه سابقا . وعليه تكون الشخصية سوية بقدر ما تنطوى عليه من حرية ومرونة تجاه المتطلبات الغريزية والأخلاقية ومتطلبات العالم الخارجى عندئذ يكون بوسعها أن تبلغ الأمن والرضا عن ذاتها وعالمها ومن ثم السعادة تحت راية مبدأ الواقع (مخيمر ، ١٩٧٢) .

ومهما يكن من أمر فإن الرباط بين الصحة النفسية وكل من التوافق والتكيف المتكامل والتكامل أدى إلى اصطناع العديد من الاستفتاءات أو الأدوات لقياس الصحة النفسية للفرد والتعرف عليها . ولدينا الآن في الكويت العديد منها مثل : اختبار الشخصية للمرحلتين المتوسطة ، والثانوية (١٩٧٤) ، واختبار

الشخصية للشباب (١٩٧٥) ، واستفتاء الشخصية للمرحلتين المتوسطة والثانوية (١٩٧٥) ... الخ وكلها صادرة عن إدارة الخدمة النفسية بوزارة التربية .

مفهومنا للصحة النفسية

بعد عرضنا لأهم النظريات والأفكار التى لها علاقة بالصحة النفسية للفرد ، وعلى ضوء مناقشتنا لتلك النظريات والأفكار ، فقد حان الوقت لبلورة مفهوم خاص بنا للصحة النفسية .

يقوم هذا المفهوم على أساس من النظرة الإسلامية إلى الإنسان باعتباره كل متكامل من روح ونفس وجسم ، غاية وجوده عمارة الأرض وعبادة الله . قال تعالى : ﴿ **وامشوا فى مناكبها وكلوا من رزقه وإليه النشور** ﴾ .

وقال أيضا : ﴿ **وما خلقت الإنس والجن إلا ليعبدون** ﴾ . ولكى يحقق الإنسان هذه الغاية أرسل الله إليه الرسل والأنبياء توضح له كيف يعمر الأرض ؟ وكيف يعبد الله ؟ وتبين له طريق الهدى والفلاح وطريق الضلالة والشقاء . قال سبحانه وتعالى : ﴿ **ونفس وما سواها فألهمها فجورَها وتقوٰاها قد أفلح من زكاها وقد خاب من دساها** ﴾ . وقال أيضا : ﴿ **إنا خلقنا الإنسان من نطفة أمشاج نبتليه فجعلناه سميعا بصيرا . إنا هديناه السبيل إما شاكرا وإما كفورا** ﴾ فمن تبع طريق هدى الله سعد فى الدنيا والآخرة . وقال تعالى : ﴿ **فإما يأتينكم منى هدى فمن تبعَ هداى فلا خوفٌ عليهم ولا هُم يحزنون والذين كفروا وكذبوا بآياتِنا أولئِكَ أصحابُ النارِ هم فيها خالدون** ﴾ .

وطريق الهدى والفلاح الذى رسمه الله يناسب فطرة الناس ، ويربطه بخالقه ويوفر له الأمن والطمأنينة فى حياته الدنيا ، ويحقق له التكامل والتوازن بين قواه الروحية والنفسية والجسمية فيعيش سعيدا فى قرب من الله وسلام مع الناس ووئام مع النفس ونجاح فى الحياة .

ومن هنا نعرف الصحة النفسية **بأن يعيش الإنسان على فطرته فى قرب من الله ، وسلام مع الناس ، ووئام مع النفس وسلامة فى الجسد ونجاح فى الحياة .**

ويهمنا أن نؤكد هنا أن هذا المفهوم ينسجم أساسا مع ديننا الحنيف وثقافتنا العربية الإسلامية ، وهو في نفس الوقت ذو طابع شمولي يستغرق أبعاد الإنسان الروحية والنفسية والبيولوجية والاجتماعية ، وهو أيضا ينفتح لمعطيات العلوم المختلفة التى تزيد من وعينا ومعرفتنا بذواتنا ويتسع لاستيعاب كل الحقائق العلمية التى تهدف خير الإنسان فى هذه الدنيا .

الفصل الثانى

الحاجات وعلاقتها بالصحة النفسية

- تمهيد .
- تصنيف الحاجات .
- الحاجات العضوية .
- الحاجات غير العضوية .
- تحقيق الذات .
- تدرج الحاجات .
- مبادىء إشباع الحاجات .

هذا الفصل من إعداد د. كمال إبراهيم مرسى .

تمهيد

نستدل على الصحة النفسية من توافق الإنسان مع نفسه ومع مجتمعه ، حيث يتمتع الشخص « حسن التوافق » Well-adjusted بصحة نفسية لا يتمتع بها الشخص « سيىء التوافق » Mal-adjusted . ويرتبط توافق الإنسان بقدرته على إشباع حاجاته ، وبأساليبه فى تحقيق أهدافه ، فإذا كانت حاجاته مقبولة واستطاع اشباعها بطرق مشروعة ، شعر بالرضا وحَسُنَ توافقه ، أما إذا لم يستطع إشباعها أو أشبعها بطرق غير مشروعة شعر بعدم الرضا وساء توافقه .

ويعتبر كثير من الباحثين أن معرفة حاجات الشخص وما يرتبط بها من دوافع وأهداف واستجابات سوية وغير سوية ، وما تحقق منها وما لم يتحقق ، من الموضوعات الهامة فى علم « الصحة النفسية » . فعن طريق هذه المعرفة نستطيع فهم شخصيته ، وتفسير سلوكه : فالإنسان لا يفكر ، ولا يتعلم العلم ، ولا يفعل أى شىء إلا إذا كان مدفوعا بحاجة ما ، تحركه إلى تحقيق ما يشبعها (Murray, 1964) . وفى بداية هذا الفصل نحاول تحديد مفاهيم الحاجة والدافع والسلوك الوسيلى .

الحاجة Need :

مفهوم فرضى يدل على حالة من عدم الاتزان الداخلى (بسبب نقص شىء مادى أو معنوى) ، تؤدى إلى توتر وإثارة الكائن الحى ، وتدفعه إلى النشاط والاستمرار فيه حتى يحصل على ما ينقصه ، ويشبع حاجته ، فيعود إليه توازنه الداخلى Homostasis .

ويظهر تأثير الحاجة على الكائن فى ناحيتين : فهى من ناحية تدفعه إلى الاستمرار فى النشاط ، ومن ناحية أخرى توجهه إلى النشاطات والموضوعات التى تتصل بحاجته ، وتحقق له إشباعها (سوين ، ١٩٧٩) .

والحاجات إما أن تكون حاجات شعورية أو حاجات لا شعورية ، ونستدل على وجود الحاجات الشعورية من اقرار الشخص بوجودها عنده ، ومن ملاحظة سلوكه ومعرفة أهدافه ، وتعبيرات وجهه ، واشاراته ، ونغمة صوته . أما الحاجات اللاشعورية فنستدل عليها من فلتات اللسان ، وتحليل محتوى الأحلام ، والنسيان ، واستجابات الشخص على الاختبارات الإسقاطية .

الدافع Drive :

مفهوم فرضى يدل على حالة الإثارة الملحة الناتجة عن وجود نقص فسيولوجى أو نفسى (حاجة) ، وتدفع الكائن إلى النشاط وبذل الجهد ، حتى يسد النقص (يشبع الحاجة) فينخفض التوتر ، ويعود الاتزان الداخلي .

السلوك الوسيلى Instrumental behavior :

استجابات توصل الإنسان إلى ما ينقصه ، ويشبع حاجته . ويُخفِّض الدافع عنده . وهى استجابات متعلمة ، تختلف فى طبيعتها من مجتمع إلى آخر ، ومن عصر إلى عصر ومن شخص إلى آخر .

وينقسم السلوك الوسيلي إلى ثلاثة أنواع :

١ - **سلوك مقبول**(١) : استجابات يقرها المجتمع لاشباع الحاجات ، ويحرص على تعليمها لأبنائه من خلال عملية التنشئة الاجتماعية .

٢ - **سلوك غير مقبول**(٢) : استجابات تشبع الحاجة لا يرضى عنها المجتمع ، ويتعلمها بعض الأفراد من خلال التنشئة الخاطئة فى البيت والمدرسة ومن جماعة الأقران السيئين .

---

(١) من الاستجابات المقبولة لاشباع الحاجة إلى الطعام مثلا تناول الطعام الحلال ولإشباع الحاجة إلى المال العمل والانتاج لكسب المال الحلال .

(٢) من الاستجابات غير المقبولة لإشباع الحاجة إلى الطعام أكل الميتة والدم ولحم الخنزير ، ولإشباع الحاجة إلى المال السرقة والاختلاس والغش .

٣ - **سلوك دفاعي**[1] : استجابات متعلمة يلجأ إليها الإنسان (عندما يفشل فى إشباع حاجة أو أكثر من حاجاته الضرورية) لكى يخفف التوتر الناتج عن الفشل ، ويخفض الدافع المرتبط بالحاجة ، وبالتالى تعود إليه حالة التوازن الداخلى .

والسلوك الدفاعى لا يُؤدى إلى اشباع الحاجات ، لكنه حيل عقلية (أو نفسية) يحتال بها الإنسان على نفسه ، للتخلص من التوتر وإعادة التوازن الداخلي ، بإبعاد الحاجة و تعديلها أو تغييرها .

والشكل رقم (٢ - ١) يبين رسما توضيحيا للحاجة إلى الطعام ، وما يرتبط بها من دافع وسلوك .. ونجد فيه أن هذه الحاجة نشأت عن نقص المواد الغذائية فى الدم ، وتقلصات فى جدران المعدة، أدت إلى حالة توتر وإثارة وعدم اتزان داخلى ، تدفع الكائن إلى النشاط لتناول طعام حلال (سلوك مقبول) أو طعام حرام (سلوك غير مقبول) .

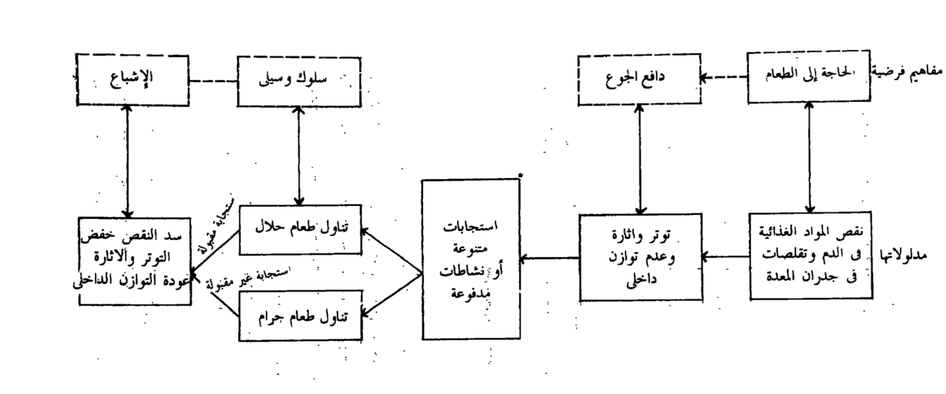
تصنيف الحاجات

حاجات الإنسان كثيرة يصعب حصرها وتعدادها ، ولكن يمكن تصنيفها إلى حاجات عضوية ، وحاجات غير عضوية . والشكل رقم (٢ - ٢) يبين رسما تخطيطيا لأهم هذه الحاجات عند الإنسان .

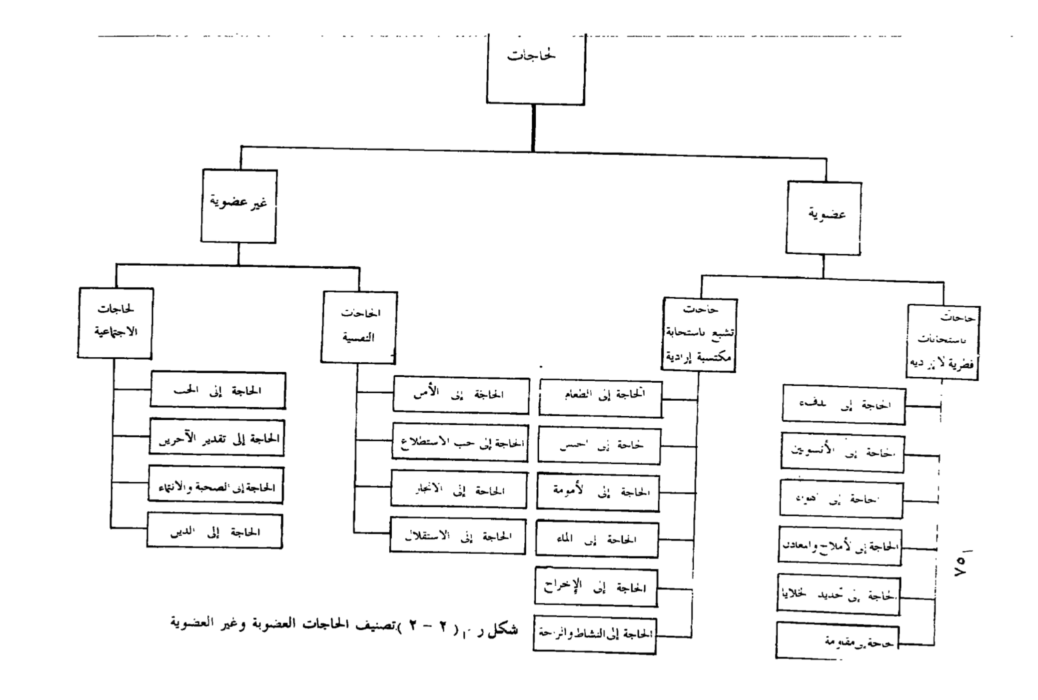
ولا يعنى هذا التصنيف أن الحاجات العضوية مستقلة عن غير العضوية ، لأن حاجات الإنسان متداخلة ومتشابكة ، فإشباع الحاجات العضوية يؤثر فى إشباع الحاجات غير العضوية ، والحرمان الذى قد يصيب الحاجات غير العضوية يسىء إلى اشباع الحاجات العضوية . ونتناول فيما يلى بعض الحاجات الأساسية :

---

(١) من الاستجابات الدفاعية التى نلجأ إليها الإسقاط والتعويض والاعلاء وغيرها . وسوف نتحدث عن الحيل النفسية بشىء من التفصيل فى الفصل الثالث .



شكل رقم (٢ - ١) رسم توضيحى للحاجة إلى الطعام وما يرتبط بها من دافع وميكانزمات واشباع



شكل رقم (٢ - ٢) تصنيف الحاجات العضوية وغير العضوية

الحاجات العضوية

نقصد بالحاجات العضوية الأساسية Basic organic needs مجموعة حاجات ، تنشأ عن نقص أو خلل فسيولوجي أو بيولوجى ، يصحبه عدم اتزان داخلى وتوترات وإثارة ، يدفع الكائن إلى سد النقص وإصلاح الخلل ، بنشاطات داخلية وخارجية ، لا تتوقف حتى يحدث الاشباع .

والحاجات العضوية فطرية ، موجودة عند جميع أفراد النوع ، وتؤدى وظيفة بيولوجية هامة ، حيث تحافظ على بقاء الفرد واستمرار نوعه (نجاتى ١٩٨٣) .

ومن آيات الله فى أنفسنا أن زوَّد أجسامنا بأجهزة عصبية تستجيب تلقائيا[١] لأى نقص بيولوجى أو خلل فسيولوجى باستجابات فطرية[٢] (ميكانزمات غير متعلمة) تسد النقص ، وتصلح الخلل ، فيعود التوازن الداخلى . فمثلا إذا حدث خلل فى خلايا أنسجة الجسم قامت كرات الدم البيضاء بتجديدها ، وإذا زادت حرارة الجسم عن حد معين تصبب العرق لتخفيضها ، وإذا زاد ثانى أكسيد الكربون فى الدم زادت سرعة التنفس للتخلص منه ، وإذا نقص السكر فى الدم أطلق البنكرياس السكر المخزون فى الكبد لسد حاجة الجسم .

فالأجهزة الداخلية تعيد التوازن البيوكيمائى والفسيولوجى تلقائيا ، ولا نشعر باختلال التوازن إلا إذا تعطلت هذه الأجهزة ، أو عجزت عن القيام بوظيفتها ، فمثلا عندما تزداد نسبة السكر فى الدم ، ويعجز البنكرياس عن إفراز الأنسولين اللازم لحرقها ، يختل توازننا البيولوجى ، ونشعر بالتوتر والصداع

---

(١) تعمل الأجهزة الداخلية فى الجسم كما يعمل الترموستات فى الفرن أو السخان الكهربائى ، حيث يطلق الحرارة إذا انخفضت درجة الحرارة فى الفرن أو السخان عن حد معين ويحبسها إذا وصلت إلى هذا الحد . علام (رجاء محمود) **علم النفس التربوى** (ط ٢) . الكويت : دار القلم ، ١٩٨٢ ، ص ١٦٥ .

(٢) من الاستجابات الفطرية لإشباع حاجاتنا العضوية: التنفس والبلع ، والاخراج والعرق ، وافرازات الغدد ، وتجديد خلايا الجسم ، ومهاجمة كرات الدم للأجسام الغريبة فى الدم ، والتمثيل الغذائى ، وتجنب الألم ، والحرارة والبرودة وغيرها .

والزغللة فى العينين ، وتعرف هذه الحالة طبيا بمرض السكر ، وتعالج بإعطاء الأنسولين ، أو بتنشيط البنكرياس لإفراز الأنسولين الذى يحرق السكر الزائد ، فيعود التوازن وتزول أعراض مرض السكر .

ولا تشبع جميع حاجاتنا العضوية باستجابات فطرية لا إرادية ، فبعضها نشبعها باستجابات إرادية متعلمة (سلوك مكتسب) . من هذه الحاجات : الحاجة إلى الطعام ، الحاجة إلى الماء ، والحاجة إلى النشاط والراحة ، والحاجة إلى إخراج الفضلات ، والحاجة الجنسية ، والأمومة . حيث يُعلم كل مجتمع أبناءه كيف وأين يشبعون هذه الحاجات ؟ .

ونتناول فيما يلى بعض الحاجات العضوية الإرادية بشىء من التفصيل ، ونبين علاقتها بالصحة النفسية .

١ - الحاجة إلى الطعام :

الحاجة إلى الطعام حاجة فطرية عند جميع الناس فى كل زمان ومكان ، تنشأ عن نقص المواد الغذائية فى الدم ، وتقلص جدران المعدة[١] فيختل التوازن الداخلى ، ويشعر الإنسان بدافع الجوع ، وينشط فى البحث عن الطعام حتى يتناوله وَيشْبَع .

والبحث عن الطعام وتناوله استجابات متعلمة ، تختلف من مجتمع إلى آخر ، بحسب القيم والعادات والتقاليد السائدة فى كل منهما . فكل مجتمع يُعلم أبناءه الأطعمة التى يأكلونها ، ويبين لهم كيف يتناولونها ؟ وأين ومتى يأكلونها ؟ ، ويدربهم على الآداب التى يلتزمون بها فى طلب وتناول الطعام . فالمجتمعات الإسلامية تعلم أبناءها أن يأكلوا اللحوم الحلال التى ذكر اسم الله عليها ، ولا يأكلون لحوم الميتة والدم ولحم الخنزير[٢]، والمجتمعات الصينية تعلم

(١) لا يرتبط الشعور بالجوع بتقلصات المعدة بقدر ما يرتبط بنقص المواد الغذائية فى الدم . فقد وجد تسانج Tusang أن الفئران التى استؤصلت معدتها ، تشعر بالجوع مثل الفئران التى لم تستأصل معدتها . فقد استمرت الفئران فى البحث عن الطعام بعد استئصال المعدة .

الزيادى (محمود) أسس علم النفس العام . القاهرة : مكتبة الأنجلو ، ١٩٨٠ ص ١٧٣ .

(٢) قال تعالى : ﴿ إنما حرَّم عليكُمُ الميتةَ والدمَ ولحمَ الخنزيرِ ، وما أُهلَّ به لغيرِ الله ، فمن اضطُرَّ غيرَ باغٍ ولا عادٍ فلا إثمَ عليهِ ﴾ الآية (١٧٣) سورة البقرة .

أبناءها تناول الطعام بالعصا ، بينما تعلم المجتمعات الأوربية تناوله بالملعقة والشوكة والسكين .

وإشباع الحاجة إلى الطعام وكيفية إشباعها ضروريان للإنسان فى جميع مراحل حياته ، ولهما تأثير كبير على صحته الجسمية والنفسية . فالشخص الذى يستطيع إشباع هذه الحاجة بالقدر الكافى – كما ونوعا – وبالأسلوب الذى يُرضيه ويُرضى مجتمعه ، ينمو جسميا ونفسيا نمواً سويا ، ويتمتع بصحة جسمية ونفسية جيدة .

أما الشخص الذى يعجز عن إشباع حاجته إلى الطعام ، فسوف يعانى من أمراض سوء التغذية والبلاجرا ، ويتأزم نفسيا ، وينخفض طموحه ، ويضطرب تفكيره وسلوكه .

ومن الدراسات الطريفة عن تأثير الحرمان من الطعام على الصحة النفسية دراسة كيز وزملائه بجامعة هارفارد الأمريكية على ٣٩ طالبا ، أكلوا طعاما عاديا (يحتوى على ٣٥٠٠ سعرا حراريا) لمدة ١٢ أسبوعا ، ثم تناولوا طعاما شبيها بما يتناوله سكان البلدان الفقيرة (يحتوى على ١٥٧٠ سعرا جراريا ، يتكون من الخبز والمكرونة والكرنب) لمدة ٢٤ أسبوعا ، ثم عادوا إلى الطعام العادى لمدة ١٢ أسبوع أخرى . فوجد الباحثون أن وزن المفحوصين انخفض تحت ظروف سوء التغذية حوالى ٢٥ ٪ ، وضعفت قوة الجسم حوالى ٣٠ ٪ ، ونقصت عمليات الأيض حوالى ٤٠ ٪ ، كما ظهر على المفحوصين علامات سوء الصحة النفسية ؛ منها التبلد واللامبالاة والاكتئاب ، والانطواء وسرعة الإثارة ، والغضب والاندفاعية ، وتشتت الانتباه ، والإهمال الشديد للمظهر ، وقلة الثقة بالنفس ، وعدم الرغبة فى التعاون ، وعدم الاهتمام بالنظافة والآداب العامة (الزيادى ١٩٨٠ ص ١٧٤ – ١٧٥) .

ولأهمية إشباع الحاجة إلى الطعام للصحة الجسمية والنفسية جعل الله سبحانه وتعالى إطعام الجائعين جبرا للتقصير فى الصيام فقال : ﴿ **وعلى الذين يُطِيقُونَهُ فديةٌ طعامُ مسكين** ﴾[1] . وجعله شعيرة من شعائر الحج فقال عن

(١) سورة البقرة ، آية (١٨٤) .

الهدى : ﴿ والبُدْنَ جعلناهَا لكُم من شعائر الله ، لكم فيهَا خيرٌ ، فاذكروا اسمَ الله عليهَا صَوافَّ ، فإذا وجبت جُنُوبُهَا فكلُوا منها ، وأَطعِمُوا القانِعَ والمُعْتَرَّ[1] ﴾ . كما جعله صفة من صفات الأبرار فقال : ﴿ ويُطعِمون الطعامَ على حُبِّهِ مسكيناً ويتيماً وأسيراً ﴾[2] .

وتؤثر الطريقة التى يتبعها الأمهات فى تغذية أطفالهن على صحتهم النفسية ، فالأم التى تشعر طفلها بعطفها وحنانها ، وتحمله وتناغيه أثناء إرضاعه، تشعره بالأمن ، فتزداد شهيته للطعام ، وتزداد حيويته ونشاطه ، ويقبل على الناس ، ويثق فيهم . وكلها من علامات الصحة النفسية .

أما الأم التى تجود بلبنها ، وتبخل بعطفها وحنانها ، تحرم طفلها من عوامل النماء النفسى والجسمى ، فيظهر عليه التأخر والبلادة ، والشحوب والأكتئاب والانطواء والخوف ، وكلها من علامات انعدام الصحة النفسية .

ويتضح تأثير كيفية التغذية وليس الجوع فقط على الصحة النفسية والجسمية من عرض حالة الطفلة (س) التى تنازلت عنها أمها وعمرها شهر واحد إلى إحدى المستشفيات الأمريكية ، وتولت رعايتها ممرضات المستشفى بالتناوب ، فلاحظن بعد فترة قصيرة أن نشاطها فى تناقص ، وجسمها فى ذبول ، ولونها فى شحوب ، ونظراتها فى شرود . وفحصت الطفلة طبيا عدة مرات ، ولم يجد الأطباء سببا عضويا لعلتها ، فعرضوها على الأخصائى النفسى ، الذى أوصى إحدى الأمهات بأن تكون أمّا للطفلة ، تحتضنها وتداعبها قبل الرضاعة ، وتحملها وتضمها إلى صدرها أثناء الرضاعة ، وتناغيها وتداعبها بعد الرضاعة . وبعد أسابيع قليلة من رعاية الأم البديلة عادت إلى الطفلة حيويتها تدريجيا ، وتحسنت حركاتها واستجاباتها للآخرين (Bakwin and Bakwin, 1966) .

وتبين من دراسات أخرى أن الأم التى ترضع طفلها كلما بكى تعلمه إشباع حاجته إلى الطعام وإشباع حاجات أخرى بالبكاء والصراخ ، وقد يصبح ديكتاتورا ، يسيطر على أمه ببكائه وصراخه . أما الأم التى تلتزم بمواعيد محددة

---

(١) سورة الحج ، آية (٣٦) .
(٢) سورة الانسان ، آية (٨) .

لإرضاع طفلها ، ولا تستجيب له مهما بكى أو صرخ ، فقد يكبر الصغير وعنده اعتقاد بأنه لا يملك التأثير فيمَنْ حوله ، ويصبح شخصا إنسحابيا ، لا يشعر بالأمن والطمأنينة ، ويتوقع الأذى والحرمان (مغاريوس ١٩٧٤ ص ٢٤ – ٢٥) .

والفطام من العمليات المرتبطة بإشباع الحاجة إلى الطعام ، وله تأثير كبير على الصحة النفسية . ففطام الطفل فى سن مبكرة جدا والفطام الفجائى باستعمال الصبّار ، أو المواد الحريفة تؤثران تأثيرا سيئا على النمو النفسى والنضوج الانفعالى ، وترتبطان بمشاكل نفسية كثيرة فى الطفولة وفى مراحل الحياة التالية .

وينصح علماء الصحة النفسية وأطباء الأطفال بإرضاع الطفل من ثدى أمه ، وإن تعذر فمن الحليب الصناعى والطفل فى حضن أمه ، ينعم بعطفها وحنانها ، ويسعد بدقات قلبها . فإذا شب قليلا فى حوالى الشهر الرابع ، تُعطيه الغذاء الإضافى تدريجيا حتى يألفه ويتعود عليه ، ويتخلى عن الرضاعة فى حوالى سن الستين ، فلا يشعر بقسوة الفطام وآلامه .

كما ينصح علماء النفس الأمهات بعدم المبالغة فى إشباع « الحاجة إلى الطعام » عند أطفالهن ، لأن تغذية الطفل قبل أن يشعر بالجوع ، والحرص الزائد على تغذيته بكميات كبيرة ، يحرمانه من لذة الإشباع ، ويضعفان شهيته ، أو يجعلانه شرها بدينا ، ويؤديان إلى اعتلال صحته وسوء توافقه .

ومن وجهة نظرنا فى الصحة النفسية يجب أن يُخضع الإنسان إشباع حاجته إلى الطعام لارادته ، فيسيطر على دافع الجوع ، ويأكل بحكمة وتعقل ، لأن أمراض الشراهة والنَّهم لا تقل خطورة عن أمراض الحرمان ، وتُصيب الأغنياء الذين تعودوا على ملء بطونهم بكل ما لذ وطاب من الطعام دون قيد أو شرط . ولعلنا ندرك فى نصيحة الأطباء بعدم الإكثار من الطعام للحماية من السمنة وأمراضها – الحكمة فى نهى الله عن الاسراف فى الطعام والشراب إذ قال سبحانه : ﴿ **كلوا واشربوا ولا تسرفوا** ﴾[1] .

---

(١) سورة الاعراف ، آية (٣) .

وبَيَّن الرسول عليه الصلاة والسلام قبل الأطباء فى العصر الحديث – أن التخمة سبب كل مرض فقال : « **أصل كل داء البردة** » (أى التخمة)[1] . كما اعتبر عليه السلام ملء البطن شر يؤذى صاحبه ، فقال : « **ما ملأ ابن آدم وعاء شر من بطنه ، بحسب ابن آدم أكلات يقمن صلبه ، فإن كان لا محالة فاعلا ، فثلث لطعامه ، وثلث لشرابه ، وثلث لنفسه** »[2] .

وقال عمر بن الخطاب رضى الله عنه محذرا من كثرة تناول الطعام : « إياكم والبطنة فإنها مفسدة للجسم ، مورثة للسقم ، مكسلة عن العمل . وعليكم بالقصد فيه ، فإنه أصلح للجسم ، وأبعد عن الصرف »[3] .

وقد أجاد الذهبى التعبير عن علاقة إشباع الحاجة إلى الطعام بالصحة الجسمية والنفسية فى كتابه الطب النبوى عندما قال : « إعلم أن أخذ الغذاء فى وقت الحاجة سبب لدوام الصحة ، وأَخْذَه من غير حاجة يؤدى إلى البلادة ويسبب المرض »[4] .

ويجب أيضا – من وجهة نظر الصحة النفسية – أن يدرب الإنسان نفسه على امتلاك ناصية « دافع الجوع » بالصوم عن الطعام بإرادته ، حتى تقوى عزيمته ، وتصفى نفسه ، ويحس بآلام غيره . وهذا يعنى أن الصوم الذى فرضه الله علينا وعلى الذين من قبلنا – تعبدا وطاعة – فيه سلامة للنفس والبدن والمجتمع ، حيث يهذب دافع الجوع ، ويريح الجهاز الهضمى ، ويجعل الناس متعاطفين ، عندما يشعر الغنى بآلام الجوع التى يعانى منها الفقراء ، فيعطهم ما يسد جوعهم .

وقد أجمل الرسول عليه الصلاة والسلام فوائد الصوم النفسية والجسمية والاجتماعية فى قوله : « **صوموا تصحوا** » وقوله : « **الصوم جُنَّة** » أى وقاية من النار والمعاصى وحماية من الأمراض والمفاسد .

---

(١) الذهبى (محمد) الطب النبوى بهامش كتاب تسهيل المنافع فى الطب والحكمة لابراهيم الأزرق الطبعة الثانية : منشورات مكتبة الخافقين ، ١٣٩٩ ، ص (٩) .

(٢) المرجع السابق ص (٩) .

(٣) المرجع السابق ص (٩) .

(٤) المرجع السابق ص (١١) .

ووضع الإسلام أدابا يلتزم بها المسلمون فى مأكلهم ومشربهم حتى يتحقق لهم من اشباع حاجتهم إلى الطعام والشراب السلامة فى الجسم والصحة فى النفس . من هذه الآداب :

أن يستطيب طعامه وشرابه بأن يعدهما من حلال ، وينوى بأكله وشربه التقوية على عبادة الله وأن يغسل يديه قبل الأكل وبعده ، ويجلس للطعام متواضعا ، ويرضى بالموجود منه ، ويأكل مع غيره . قال رسول الله ﷺ : « **اجتمعوا على طعامكم يبارك الله لكم** »[1] .

وعليه أن يبدأ ببسم الله ويأكل بيمنه . قال رسول الله ﷺ : « **يا بنى سم الله . وكل بيمينك وكل مما يليك** »[2] . وقال : « **إذا أكل أحدكم فليذكر الله تعالى فى أوله . فإن نسى أن يذكر الله تعالى فى أوله فليقل : بسم الله ، أوله وآخره** »[3] .

وعليه أن يختم طعامه بالحمد لله قال عليه الصلاة والسلام : « **من أكل طعاما وقال الحمد لله الذى أطعمنى هذا ، ورزقنيه من غير حول منى ولا قوة ، غفر له ما تقدم من ذنبه** »[4] .

٢ – الحاجة إلى الجنس :

اكتشف مجموعة من الأطباء الأمريكيين أن البلوغ عند الإنسان يحدث بعد أن تفرز الغدة النخامية هرمونين أساسيين : هرمون النمو يحدد حجم الجسم ، ويؤدى إلى الإسراع فى معدل نمو الأنسجة والأعضاء ، وهرمون الجنس ينشط الغدد الجنسية ، ويؤدى إلى البلوغ الجنسى ، الذى تظهر علاماته فى حوالى سن من ١٠ إلى ١٦ سنة عند البنات ، ومن ١٢ إلى ١٧ سنة عند الأولاد .

وبعد البلوغ تفرز الخصيتان عند الولد الحيوانات المنوية ، وتفرز ثلاث هرمونات إلى الداخل أهمها هرمون التستسترون Testosterone ، الذى يساعد

---

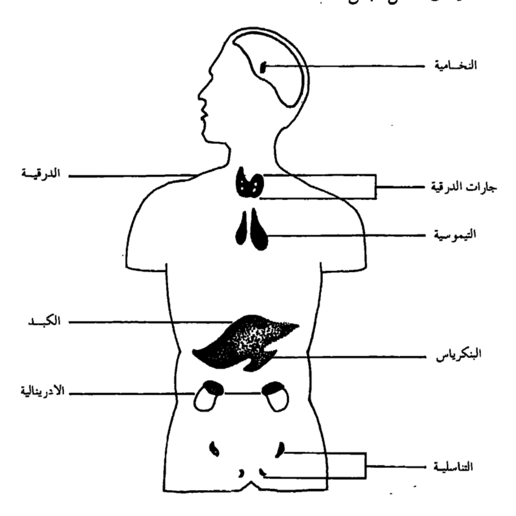
(١) رواه الترمذى .

(٢) رواه الترمذى .

(٣) متفق عليه .

(٤) رواه البخارى .

على نمو الخصائص الجنسية الذكرية ، ويؤدى إلى الإثارة الجنسية ، وتنبيه الأعضاء التناسلية . أما المبيض عند البنت فيفرز البويضات إلى الخارج فى منتصف الفترة بين الدورتين الشهريتين تقريبا ، ويفرز هرمونين إلى الداخل : هرمون الأستروجين الذى يساعد على ظهور الخصائص الجنسية الأنثوية ، ويؤدى إلى الإثارة الجنسية ، وتنبيه الأعضاء التناسلية ، وهرمون البرجسترون من الهرمونات الضرورية للحمل (الزيادى ١٩٨٠) . والشكل رقم (٢ - ٣) يبين الغدد التناسلية فى أسفل البطن .



شكل (٢ - ٣) يبين الغدد الصماء

وتنشأ الحاجة الجنسية بعد البلوغ مباشرة من افراز الغدد الجنسية للهرمونات التى تنبه الأعضاء التناسلية ، وتُحْدِثَ الإثارة الجنسية ، فيظهر الدافع الجنسى ، الذى يلح فى طلب الإشباع ، لتفريغ الطاقة ، وتخفيض التوتر والإثارة .

وبالرغم من أن الحاجة الجنسية فطرية عند الإنسان فإن إشباعها يتم بسلوك متعلم[1] يختلف من مجتمع إلى آخرون ومن زمان إلى زمان ، فكل مجتمع يعلم أبناءه متى وأين وكيف يشبعون حاجاتهم الجنسية ، ويحرص الآباء والمربون – من خلال عملية التنشئة – على إكساب أبنائهم السلوك المقبول لاشباع هذه الحاجة ، حتى يعيشوا فى سلام ووئام مع أنفسهم ومع المجتمع .

والسلوك الجنسى المقبول – من وجهة نظر الصحة النفسية – يؤدى إلى :

١ – الشعور بالمتعة الجنسية .

٢ – الشعور بالأمن والطمأنينة بين الذكر والأنثى .

٣ – اشباع عاطفة الأمومة والأبوة بانجاب الأطفال .

وتتحقق هذه الأهداف عندما تُشبع الحاجة النفسية عن طريق الزواج الذى شرعه الله ، فبه تتحقق المتعة الجنسية ، وتتكون الأسرة التى يشعر فيها كل من الزوجين بالأمن والطمأنينة ، وينجبان الأطفال ، ويستمتعان بتربيتهم .

وقد حرص الإسلام على تحقيق الأهداف الثلاثة فى إشباع الحاجة الجنسية فحرم الزنا ، وأمر المسلمين بالزواج ، وجعله أمنا وطمأنينة ومودة ورحمة بين الزوجين . قال تعالى : ﴿ **ومن آياته أنْ خلقَ لكُم من أنفسِكُمْ أزواجاً لتسكنُوا إليْها ، وجعلَ بينكُم مودةً ورحمةً ، إن فى ذلِكَ لآياتٍ لقومٍ يتفكرُون** ﴾[2]. وبيَّن رسول الله ﷺ أهمية الزواج للرجل فقال : « **خيرُ متاع الدنيا المرأة الصالحة** »[3]. كما بين عليه الصلاة والسلام أن الله تعالى يثيب على إشباع هذه

---

(١) الحاجة الجنسية فطرية عند الحيوانات أيضا لكنها تشبع باستجابات فطرية ، وتحقق المتعة الجنسية ، وتحافظ على النوع بتلقيح الذكر لأنثى من نوعه . كما تختلف طلب الحيوانات لاشباع الجنس ، فبعضها يطلبه فى دورات منتظمة ، وبعضها يطلبه فى فصل الربيع أو الخريف فقط ، وإذا حملت الأنثى إنطفأت شهوتها الجنسية حتى تضع حملها ، وتأتى دورة أو فصل اخصابها .

(٢) سورة الروم : الآية ٢١ .

(٣) رواه البخارى ومسلم .

الحاجة بالزواج فقال : « **ولك فى جماع زوجتك أجر . قالوا يا رسول الله أيأتى أحدنا شهوته ، ويكون له فيها أجر . قال : أرأيتم لو وضعها فى حرام أكان عليه فيها وزر . فكذلك إذا وضعها فى حلال ، كان له أجر** »(١) .

وحث ديننا الحنيف على إشباع الحاجة الجنسية من أجل الإنجاب . فقال تعالى : ﴿ **والله جعلَ لكُم من أنفسِكم أزواجاً ، وجعل لكم من أزواجكم بنين وحفدة ، ورزقكم من الطيبات** ﴾(٢) . وقال الرسول عليه السلام : « **تزوجوا الودود الولود ، فإنى مكاثر بكم الأنبياء يوم القيامة** »(٣) .

وتتأثر استجابة الإنسان للدافع الجنسى بحسب حالته الصحية العامة ، وظروف تنشئته وثقافة مجتمعه . ففى المراهقة يزداد الحاح الدافع الجنسى ، حيث الشباب والنشاط والحيوية التى تنشط الغدد الجنسية ، فتفرز هرمونات الجنس . لذا كان الزواج المبكر خير وسيلة للعفة والطهارة والصحة النفسية والجسمية . قال رسول الله عليه الصلاة والسلام : « **يا معشر الشباب من يستطع منكم الباءة فليتزوج ، فإنه أغض للبصر ، وأحصن للفرج ، ومن لم يستطع فعليه بالصوم ، فإنه له وجاء** »(٤) .

وقد يؤدى عدم شعور المراهق بالأمن والطمأنينة فى علاقاته الأسرية والاجتماعية ، وفشله فى المدرسة إلى ممارسة العادة السرية Masterbation بكثرة ، التماسا للمتعة والسعادة ، اللتين يفقدهما بعد الممارسة مباشرة ، فيشعر بالإثم والخطيئة ، ويسيطر عليه التطير والخوف من الجنون والمرض والعجز الجنسى . (Bakwin & Bakwin 1966) . وقد تؤدى هذه المشاعر إلى الاضطراب النفسى ، أو الانصراف عن الزواج فى الرشد .

وتأيد تأثير معاملة الوالدين على الاشباع الجنسى فى دراسة جونسون وروبين حيث تبين أن من أسباب الانحرافات الجنسية قسوة الوالدين ، وانحرافاتهما الجنسية أو غياب الوازع الدينى عندهما ، ومحاولاتهما إثارة أطفالهما جنسيا

---

(١) رواه مسلم .
(٢) سورة النحل : الآية ٧٢ .
(٣) رواه مسلم .
(٤) رواه ابن مسعود .

– بقصد أو دون قصد – بسلوكهما الجنسى الفاضح أمام أبنائهما ، أو التحسس على مواطن الإثارة الجنسية عند الأبناء ، أو عدم مبالاة الأم بوجود أبنائها البالغين ، فتخلع ملابسها وتتعرى أمامهم ، أو تسمح لهم بالدخول عليها فى الحمام ، أو تنام فى أحضانهم أو تسمح للأخ البالغ بالنوم مع أخته فى فراش واحد (Johnson & Robinson 1951) .

وقد أشار الإسلام إلى ضرورة الحيطة والحذر من تعرض الأبناء (حتى قبل بلوغ الحلم) لمثل هذه الإغراءات ، فأمر باستئذان الأبناء عند الدخول على الآباء – وغيرهم من الراشدين – فى أوقات النوم ، وبالتفريق بينهم فى المضاجع . قال تعالى : ﴿ **وإذا بلغ الأطفال منكم الحُلُم فليستأذنوا كما استأذن الذينَ من قبلهم** ﴾[1] . وقال : ﴿ **يا أيُّها الذين آمنوا ليستأذِنكمُ الذين ملكَتْ أيمانِكُم والذينَ لم يبلغُوا الحُلُمَ منكُم ثلاثَ مراتٍ ، من قبل صلاةِ الفجرِ ، وحين تضعونَ ثيابَكُم من الظهيرةِ ، ومن بعد صلاةِ العشاءِ ثلاثُ عوراتٍ لكُم ليسَ عَلَيكُمْ ولا عَلَيهِم جُنَاحٌ بعدهُنَّ ، طوَّافُونَ عليكُم بعضكُم على بعض ، كذلك يُبيِّنُ اللهُ لكُمُ الأياتِ ، واللهُ عليمٌ حكيمٌ** ﴾[2] .

وقال رسول الله عليه السلام : « **مروا أولادكم بالصلاة لسبع ، واضربوهم عليها لعشر ، وفرقوا بينهم فى المضاجع** »[3] .

وقد تتشدد بعض المجتمعات فى مطالب الزواج ، فتبالغ فى المهور وتكاليف الفرح ، مما يصرف الشباب عن الزواج المشروع ، إلى الإشباع الجنسى غير المشروع ، بالزنا واللواط والسحاق ، والاعتداء على الأطفال والحيوانات ، وغير ذلك من الانحرافات ، التى تدل على انعدام الصحة النفسية .

وقد تتساهل مجتمعات أخرى فى إشباع هذه الحاجة بدون زواج ، وتشجع أبناءها على ممارسة الجنس فى أى وقت وأى مكان – من أجل المتعة الجسدية فقط . مما جعلهم ينصرفون عن الزواج ، وتكوين الأسرة وتربية الأولاد . وفى ذلك تهديد لأمن الفرد وسلامة المجتمع .وقد أشارت الدراسات إلى أن أبناء هذه

---

(١) سورة النور : آية (٥٨) .

(٢) سورة النور : آية ٥٨ و ٥٩ .

(٣) رواه البخارى .

المجتمعات تعساء بسلوكهم الجنسى ، وعزوفهم عن الزواج وتكوين الأسرة التى هى أساس البناء الاجتماعى ، ومصدر الصحة النفسية لأفرادها .

ومما يدل على تعاسة هذه المجتمعات انتشار الجنسية المثلية ، والاعتداء على المحارم وعلى الأطفال والحيوانات ، وارتفاع معدلات الانتحار والإجرام والاضطرابات النفسية . حيث لم تحقق لهم الإباحية ، والمبالغة فى إشباع الحاجة الجنسية الصحة النفسية التى كانوا ينشدونها (سوين ، ١٩٧٩) .

ونأخذ مثالا على ما تصنعه الإباحية من مشكلات اجتماعية ونفسية مما يعانيه المجتمع الأمريكى من زيادة فى الإنجاب بدون زواج خاصة عند تلميذات المدارس الثانوية . فقد أشارت الإحصائيات فى السبعينات إلى أن ١٠ ٪ من تلميذات الثانوى يحملن بدون زواج كل سنة ، وينتج عن هذا الحمل حوالى ٦٠٠ ألف طفل فى السنة الواحدة . ومن النتائج المؤلمة فى هذه الاحصائيات أن حوالى ١٢ ألف طفل من هؤلاء الأطفال أمهاتهم أقل من ١٥ سنة (Mckenry etal, 1979) .

٣ – الحاجة إلى النشاط والراحة :

الحاجة إلى النشاط والراحة need for activity and rest من الحاجات الأساسية ، التى يحتاج الإنسان لإشباعها فى جميع مراحل حياته ، وتتأثر صحته النفسية والجسمية بمقدار وكيفية إشباعها . فعندما يعمل الشخص ويبذل جهدا فى نشاطاته المختلفة تحدث تغيرات نيرولوجية وبيوكيميائية فى أنسجة جسمه وعضلاته ، فيشعر بالحاجة إلى الراحة ، فإذا حصل عليها عاد إليه اتزانه الداخلى ، واسترد طاقاته ، وتجددت حيويته ، وشعر بالحاجة إلى النشاط .

لهذا قسم الله تعالى اليوم إلى قسمين النهار لبذل الجهد وطلب الرزق ، والسعى فى الأرض ، والليل للنوم والراحة واستعادة النشاط . قال تعالى : ﴿ **وجعلنا نومكم سباتا ، وجعلنا الليل لباسا ، وجعلنا النهار معاشا** ﴾[١] .

ويعتبر النوم استجابة فطرية لاشباع الحاجة إلى الراحة ، لا يستطيع الإنسان ولا الحيوانات الراقية الإستغناء عنها . فقد وجد أن الكلاب تموت إذا

---

(١) سورة النبأ : الآيات (٩ – ١١) .

منعت من النوم عدة أيام ، وتتدهور قدرات الإنسان الذهنية - خاصة التذكر وتركيز الانتباه والتفكير - ويختل تآزره الحركى والعضلى إذا منع من النوم لمدة ٥٠ ساعة . فمن دراسات ويست وزملائه على أثر الحرمان المزمن من النوم Chronic sleep deprivation عند الجنود الأمريكيين فى الحرب الكورية ظهر على الجنود الذين حرموا من النوم لمدة طويلة اضطرابات عقليه ، كان من الصعب علاجها حتى بعد عودتهم إلى النوم الطبيعى . كما وجد فى دراسات أخرى أن الحرمان من النوم يؤدى إلى اضطرابات انفعالية حادة ، ونقص فى الإدراك الحسى واضطراب فى موجات ألفا الصادرة من رسم المخ الكهربائى EEG ، وضعف الإثارة والتيقظ (الزيادى ، ١٩٨٠) .

وتختلف الحاجة إلى النوم من شخص إلى آخر بحسب السن والحالة الصحية والمزاجية ، فالأطفال الصغار يحتاجون إلى النوم مدة أطول من الراشدين ، والمرضى يحتاجون إلى النوم مدة أطول من الأصحَّاء . وتبين من بعض الدراسات أن الإنسان ينام يوميا من ١٨ - ٢٠ ساعة فى مرحلة الرضاعة ، ومن ١٠ - ١٤ ساعة فى مرحلة ما قبل المدرسة ، ومن ١٠ - ١٢ ساعة فى الابتدائى ، ومن ٩ - ١١ ساعة فى المتوسط أو الإعدادى ، ومن ٧ - ١٠ ساعات فى الثانوى ، ومن ٦ ساعات إلى ٩ ساعات فى مراحل الحياة التالية (Bakwin & Bakwin. 1966)

ومع أن النوم إستجابة فطرية لإشباع الحاجة إلى الراحة ، فإن الإنسان يتعلم كيف ينام ؟ ومتى ينام ؟. فقد يتعود أن ينام على فراش وثير أو على الحصير ، أو ينام فى القيلولة ، أو ينام مبكرا ويستيقظ مبكرا ... وهكذا يكتسب عادات نومه من خلال عملية التنشئة الاجتماعية فى الأسرة .

وتؤثر معاملة الآباء لأبنائهم فى مواقف النوم على صحتهم النفسية ، فالآباء الذين لا يحرصون على إعطاء أبنائِهم قسطا كافيا من النوم يجعلون أطفالهم قليلى النوم ، متقلبى المزاج ، سريعى الانفعال ، كثيرى الشرود ، ضعيفى التحصيل ، لعدم قدرتهم على الانتباه فى الفصل . أما الآباء الذين يخوِّفون ويعاقبون أطفالهم عند النوم ، أو يستخدمون النوم وسيلة عقابية ، أو يضعون لهم مواعيد صارمة للنوم ، ويرغمونهم عى الالتزام بها ، يُسببون لصغارهم الأرق ، والنوم المتقطع ، والكابوس والأحلام المزعجة ، التى تجعلهم لا يستمتعون بالنوم الهادىء .

أما الآباء الذين يحسنون التعامل مع أطفالهم فى مواقف النوم ، فيتفقون معهم على مواعيد ذهابهم إلى الفراش ، ويهيئونهم للنوم ، ويَقصّون عليهم القصص والحكايات المسلية ، يساعدونهم على النوم العميق ، فيستيقظون - أى الأطفال - نشيطين ، ويذهبون إلى مدارسهم فرحين ، ويقبلون على الدراسة بحيوية ومزاج معتدل .

وكما يؤثر النوم وكيفيته على الصحة النفسية ، فإن الصحة النفسية تؤثر هى الأخرى على النوم أيضا . فالشخص المتمتع بصحة نفسية ينام نوما عميقا ، ويأخذ قسطا كافيا من الراحة ، ويستيقظ نشطا منشرح الصدر ، قادرا على العمل والانتاج ، أما الشخص المضطرب نفسيا أو المتوتر أو القلق أو الخائف أو الغاضب أو مشغول الذهن ، يصاب بالأرق ، ويذهب عنه النوم ، أو ينام نوما متقطعاً أو نوما خفيفا ، ولا يحصل على الراحة الكافية ، فيستيقظ خاملا كسولا مكتئبا ، غير قادر على النشاط وبذل الجهد ، وبالتالى يضعف إنتاجه ، وتسوء صحته الجسمية والنفسية .

ومن آداب النوم فى الإسلام أن ينام المسلم مبكرا فلا يؤخر نومه بعد صلاة العشاء إلا لضرورة ، كمذاكرة علم أو محادثة ضيف أو مؤانسة الأهل ،وأن يجتهد فى أن ينام على وضوء . قال رسول الله عليه الصلاة والسلام : « **إذا أتيت مضجعك فتوضأ وضوءك للصلاة ثم اضطجع على شقك الأيمن** »[1] وعلى المسلم أن يجعل آخر ما يقوله دعاء رسول الله : « **بسمك اللهم وضعت جنبى ، وباسمك أرفعه ، اللهم إن أمسكت نفسى فاغفر لها وإن أرسلتها فاحفظها بما تحفظ به الصالحين من عبادك** »[2] . ويقول إذا استيقظ أثناء نومه : « **لا إله إلا الله وحده لا شريك له ، له الملك وله الحمد وهو على كل شىء قدير ، سبحان الله والحمد لله ولا إله إلا الله والله أكبر ولا حول ولا قوة إلا بالله** »[3] ويقول إذا أصبح : « **الحمد لله الذى أحيانا بعد ما أماتنا وإليه النشور** » .

---

(١) متفق عليه .
(٢) رواه البخارى .
(٣) رواه البخارى .

٤ - الحاجة إلى الإخراج :

الحاجة إلى الإخراج need for elemination من الحاجات العضوية التى يحتاج الإنسان إليها فى جميع مراحل حياته ، وتنشأ من تراكم الفضلات فى الأمعاء الغليظة ، وتجمع الماء فى المثانة ، مما يؤدى إلى عدم اتزان وتوتر يدفعان إلى طلب إخراج هذه الفضلات والتخلص منها .

وبالرغم من أن التفريغ استجابة فطرية لهذه الحاجة ، فإن الإنسان يتعلم كيف ومتى وأين يستجيب لهذه الحاجة ؟ حيث تحرص كل أسرة على تعليم أبنائها آداب هذه الاستجابة تدريجياً من خلال عملية التنشئة الاجتماعية . وينجح معظم الأطفال فى اكتساب العادات الأساسية فى السنوات الخمس الأولى من حياتهم ، حيث تنمو عضلاتهم القابضة على المستقيم والمثانة ، وتبدأ سيطرتهم على المستقيم فى حوالى سن من ٢ – ٣ سنوات ، وعلى المثانة من سن ٣ – ٥ سنوات (Wolman, 1965) .

وقد يتأخر بعض الأطفال فى ضبط وظائف المستقيم والمثانة لأسباب جسمية ، (منها ضعف العضلات القابضة والتهابات المثانة والمستقيم وغيرها) ونفسية (منها التخلف العقلي الشديد والقلق ، والخوف والعناد) واجتماعية[١] (منها الإهمال فى تدريب الطفل ، والقسوة فى تدريبه) .

وتتأثر صحة الطفل النفسية بالأسلوب الذى تتبعه الأسرة فى تدريبه على العادات الأساسية فى الإخراج . فقد تبدأ بعض الأمهات بالتدريب فى سن مبكرة وتضرب طفلها ، وتُظهر غضبها واستياءها من سلوكه إذا أخرج فى ملابسه أو على سريره ، وتُحقره وتضربه ، وتُهدده بالكى بالنار أو بالعفاريت ، مما يشعره بالخوف ، ويُضعف ثقته بنفسه وبأمه ، ويدرك النبذ فى معاملتها ، وينمو عنده القلق والعداوة والشعور بالنقص ، وكلها من عوامل إنعدام صحته النفسية ، التى قد تؤدى بدورها إلى تأخره فى ضبط وظائف الإخراج . فقد تبين من الدراسات التى أجريت على الأطفال الذين تأخروا فى ضبط وظائف المثانة أنهم غير سعداء فى علاقاتهم بوالديهم ، وتنتشر بينهم علامات إضطرابات الشخصية

---

(١) أنظر مشكلة التبول اللا إرادى فى الفصل الخامس .

واحتقار الذات ، والخوف من اللعب النشط ، وعدم الرغبة فى بذل الجهد والبطء والتسكع فى أداء الواجبات ، مما يجعل تحصيلهم الدراسى أقل من كفاءتهم الذهنية . (Bakwin & Bakwin, 1966) .

وتؤثر عمليات الإخراج على الصحة النفسية وتتأثر بها عند المراهقين والراشدين وكبار السن . فبعض حالات الإمساك والإسهال المزمنة ترجع إلى انعدام الصحة النفسية ، وقد يؤدى الإمساك والإسهال المزمنان إلى انعدام الصحة النفسية بسبب ما ينتج عنها من توتر وقلق وصداع (Wolman, 1965) .

وقضاء الحاجة لها أداب فى الإسلام يجب أن يلتزم بها كل مسلم ويجب أن يعلمها لأبنائه ، ويدربهم عليها ، حتى يكون فى قضائها سلامة للجسم والنفس ، وتغذية للروح والتزاما بسنة رسول الله ﷺ . من هذه الآداب :

(ا) أن يطلب الشخص مكانا خالياً بعيداً عن الأنظار ، ولا يُدخل معه ما فيه ذكر الله .

(ب) أن يقدم رجله اليسرى عند الدخول إلى المرحاض . ويقول : « **بسم الله اللهم إنى أعوذ بك من الخبث والخبائث** » .

(جـ) ولا يجلس لقضاء حاجته فى ظل الناس أو طريقهم ، أو مياههم ، أو أشجارهم المثمرة . فقد قال رسول الله عليه السلام : « **اتقوا الملاعن الثلاثة : البراز فى الموارد ، وقارعة الطريق والظل** »[1] .

(د) لا يتكلم أثناء قضاء حاجته لقوله ﷺ : « **إذا تغوط الرجلان فليتوار كل واحد منهما عن صاحبه ولا يتحدثا فإن الله يمقت ذلك** » .

(هـ) يغسل دبره وقُبله جيداً بعد قضاء حاجته . فالاستنجاء منها واجب يسبق الوضوء .

(و) أن يتم الاستنجاء باليد اليسرى ، ولا يستخدم يده اليمنى فى ذلك . لقوله ﷺ : « **لا يمس أحدكم ذكره بيمينه وهو يبول ولا يتمسح من الخلاء بيمينه** »[2] .

---

(١) رواه الحاكم .

(٢) متفق عليه .

(ز) عند الانتهاء من قضاء حاجته يقدم رجله اليمنى عند الخروج من المرحاض ويقول : « **غفرانك** » أو « **الحمد لله الذى أحسن إلى فى أوله وآخره** » أو « **الحمد لله الذى أذاقنى لذته (أى لذة الطعام) وأبقى فىّ قوته ، وأذهب عنى أذاه** » [1].

الحاجات غير العضوية

نقصد بالحاجات غير العضوية حاجات ليس لها أساس فسيولوجى أو بيولوجى معروف ، ونعتقد أنها مكتسبة يتعلمها الإنسان من البيئة التى يعيش فيها (عبد الغفار ، ١٩٧٧) ، وتختلف فى طبيعتها وطريقة إشباعها من مجتمع إلى آخر : فكل مجتمع ينمى عند أبنائه مجموعة من هذه الحاجات ، يعتبرها ضرورية لنموهم النفسى ونضوجهم الاجتماعى ، وتوافقهم مع المجتمع .

وتختلف الحاجات غير العضوية عن الحاجات العضوية فى الآتى :

(أ) **من السهل الاستدلال على الحاجات العضوية وتصنيفها** : لأن أجهزتها العضوية مختلفة ، أما الحاجات غير العضوية فيصعب الاستدلال عليها أو تصنيفها ، لعدم وجود تعبيرات متمايزة عن كل واحدة منها ، فقد تتعدد التعبيرات عن حاجة واحدة ، وقد تتشابه التعبيرات عن حاجات مختلفة .

(ب) **لكل حاجة عضوية استجابة تشبعها ولا تشبع غيرها** : فشرب الماء يشبع الحاجة إلى الماء ، وتناول الطعام يشبع الحاجة إلى الطعام .... وهكذا .أما الحاجات غير العضوية فأهدافها متشابكة ، مما يجعل إشباع إحداها أو عدم إشباعها يؤثر تأثيرا مباشراً على إشباع الحاجات الأخرى . فمثلا إشباع حاجة الطفل إلى الحب ، يشعره بالأمن والتقبل والانتماء والتقدير من الآخرين .

(جـ) **أهداف الحاجات العضوية محددة ولا تتغير** : فالطعام يشبع الجوع فى كل مكان ، والماء يشبع العطش فى جميع الأعمار ... وهكذا ، أما الحاجات غير العضوية فأهدافها مرنة متغيرة ، فقد يشبع الطفل حاجته إلى الأمن بعطف

---

(١) رواه أبو داود والترمذى . لمزيد من المعلومات يرجع إلى آداب قضاء الحاجة فى الجزائرى (أبو بكر) .. منهاج المسلم . بيروت : دار البيان ، ١٩٧٩ ص ٢١٠ - ٢١١ .

والديه أو عطف مدرسيه ، وقد يشبعها المراهق بتقدير أصحابه ، وقد يشبعها الراشد بحب زوجته وهكذا .

(د) الشعور بالإشباع فى الحاجات العضوية واضح : ويؤدى إلى الزهد فى الهدف ، وتوقف السلوك الوسيلي إليه ، فالشخص عندما يشبع جوعه يزهد فى الطعام ، ويتوقف عن تناوله . أما فى الحاجات غير العضوية فالشعور بالإشباع نسبى ، ويؤدى إلى زيادة الحاجة إلى مصدر الإشباع ، ويزيد من السلوك الوسيلي نحو الهدف : فالطفل الذى يشعر بحب والديه يزداد تمسكه بهما ولا يزهد فيهما . والشخص الذى ينجح فى الانجاز ، تقوى حاجته للانجاز والتفوق ، ولا يكف عن العمل والتحصيل .

(هـ) نمو الحاجات العضوية محدد بعوامل فسيولوجية وبيولوجية : أما الحاجات غير العضوية فيتأثر نموها بظروف التنشئة الاجتماعية ، فيزداد مستواها فى البيئات التى تربيها وتشبعها عند أبنائها فى الصغر ، وينخفض فى البيئات التى تعيقها ولا تشبعها .

وقد أدى تداخل الحاجات غير العضوية فى التعبير وتشابهها فى الاستجابات التى تشبعها ، إلى اختلاف الباحثين حول تسميتها وتصنيفها ، وجعل أى تصنيف غير شامل لكل الحاجات ، ولا يعتبر تصنيفا نهائيا لها . ونحاول أن ندلى بدلونا فى تسمية وتصنيف بعض الحاجات غير العضوية الأساسية التى يعتبر إشباعها لِحْمَةَ الصحة النفسية وسدادها . ونقسم هذه الحاجات إلى نوعين (Bernard, 1962) :

حاجات نفسية Psychological needs : وهى حاجات غير عضوية ذات صبغة نفسية ، هدفها حماية الذات ، وتنمية قدراتها ومهاراتها ، وإثبات كفاءتها وجدارتها واستقلاليتها ، ومن أهم هذه الحاجات :

١ - الحاجة إلى الشعور بالأمن — The need to feel Security

٢ - الحاجة إلى حب الاستطلاع — The need to satisfy curiosity

٣ - الحاجة إلى الإنجاز والتفوق — The need for achievement

٤ - الحاجة إلى الاعتماد على النفس — The need for independence

حاجات اجتماعية[1] Social needs : وهى حاجات غير عضوية ذات صبغة اجتماعية ، هدفها ربط الإنسان بغيره بالحب والتقدير والانتماء والسند . ومن أهمها :

١ – الحاجة إلى أن يُحِبَّ ويُحَبَّ. The need to love and to be love

٢ – الحاجة إلى التقدير والاستحسان The need for recognition

٣ – الحاجة إلى الصحبة والانتماء The need for companionship

٤ – الحاجة إلى الدين The need for religion

١ – الحاجة إلى الأمن :

يشعر الإنسان بالأمن والطمأنية إذا أَمِن الحصول على ما يشبع حاجاته – العضوية وغير العضوية – التى يعتقد أنها ضرورية ، وذات قيمة بالنسبة له ، ووثق في إمكانية الحصول عليها بالقدر الكافي وفي الوقت المناسب ، أما إذا شعر بأن إشباع هذه الحاجات غير آمن ، تألم وقلق ، وأصابه الهم ، والخوف من الحرمان . وفي ذلك قال رسول الله عليه الصلاة والسلام : « **من أصبح منكم آمناً في سربه، معافي في بدنه ، عنده قوت يومه ، فكأنما حيزت له الدنيا** »[2] .

وإشباع الحاجة إلى الأمن والطمأنينة ضرورى لنمو النفس السوى ، والتمتع بالصحة النفسية في جميع مراحل الحياة . فقد تبين من دراسات كثيرة أن الأشخاص الآمنين متفائلون سعداء ، متوافقون مع مجتمعهم ، مبدعون في أعمالهم ، ناجحون فى حياتهم ، بينما كان الأشخاص غير الآمنين قلقين متشائمين ، معرضين للانحرافات النفسية والأمراض السيكوسوماتية . (مرسى ، ١٩٧٨) .

وبالرغم من أن الشعور بالأمن مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر : فما يحقق الأمن لشخص لا يحققه لشخص آخر – ومع هذا فإن لأمن الإنسان

(١) من الصعب الفصل بين الحاجات النفسية والحاجات الاجتماعية لتداخلها فى التعبير وفى كيفية الإشباع ، فالكثير من الحاجات النفسية ذات صبغة اجتماعية ، والكثير من الحاجات الاجتماعية ذات صبغة نفسية .

(٢) رواه الطبرانى .

مصادر عامة تختلف عند الفرد الواحد بحسب مراحل نموه . ففى مرحلة الرضاعة يشعر الرضيع بالأمن إذا أشبعت حاجاته العضوية بالقدر المناسب وبالأسلوب الذى يحقق له الثقة في الآخرين . فهو مخلوق ضعيف لا حول له ولا قوة ، في حاجة إلى من يشبع حاجاته الجسمية ، ويحميه من المواقف المؤلمة المخيفة ، حتى يشعر بالأمن ، ويثق في نفسه وفيمن حوله .

وتعتبر كل أم مصدر أمن طفلها ، فهي التى تشبع جوعه ، وتروى ظمأه ، وتبدل له ملابسه المبتلة ، وتحميه من الألم ، وتخفف عنه مشاعر الضيق ، وتهيء له سبل الراحة ، وتداعبه وتبعث فيه الفرح والسرور ، مما يكسبها قيمة خاصة عنده ، ويجعل وجودها في حد ذاته مبعث أمنه وراحته ، فيبكي لغيابها ويفرح لوجودها ، لأن غيابها يعني غياب السند والحماية ، ويشعره بقلق الحرمان ، في حين يعني حضورها ووجودها معه الأمن والراحة .

وعليه فحرمان الطفل من أمه فى مرحلة الطفولة عامة ومرحلة الرضاعة خاصة يؤذيه نفسيا ، وقد يكون من عوامل انحرافه وانعدام صحته النفسية في مراحل حياته التالية .

وقد وصل الرسول عليه الصلاة والسلام إلى هذه النتيجة ، فقضى بحضانة الأم لطفلها فمما يروى أن امرأة نازعها زوجها في طفلها ، فذهبت إلى الرسول ، وقالت له : « يا رسول الله إن طفلي هذا كانت بطني له وعاء ، وصدرى له سقاء ، وحجرى له حواء ، ثم جاء أبوه ينازعني فيه . فقال الرسول : « **أنت أوْلى به من أبيه ما لم تتزوجي** » .

وعبّر أبو بكر الصديق عن أهمية الأم في إشباع حاجة الطفل إلى الأمن ، عندما قضى لأم جميل بحضانة طفلها عاصم بن عمر بن الخطاب . وقال لعمر : « إن مسها له أفضل من الجنة عندك » .

ويتحقق أمن الإنسان وطمأنينته في مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة إذا عامله والداه ومدرسوه – وغيرهم من الراشدين المهمين في حياته – بمودة ومحبة واحترام ، وساعدوه على إشباع حاجاته ، وشعر بتقبلهم له ، ورضاهم عنه .

ويشعر **المراهق** بالأمن إذا تمت عمليات البلوغ الفسيولوجية والبيولوجية بسلام ، وشعر بالتقبل من والديه ومدرسيه وزملائه ، وفهم ذاته ، وأثبت كفاءة

في الدراسة أو العمل أو أي نشاط آخر ، وحصل على احتياجاته من والديه ، وشعر باحترامهما لاستقلاليته ، وتقديرهما لرأيه .

ويشعر **الراشد** بالأمن والطمأنينة عندما يحصل على العمل المناسب ، ويشعر بتقدير رؤسائه وزملائه ، ويتزوج الزوجة الصالحة ، وينجب الذرية النافعة ، ويجد المسكن المناسب ، والصحبة الطيبة ، ويأمن على نفسه وعرضه وماله ، ويشعر باحترام الدولة لحريته ، وعدالتها في تطبيق القوانين ، ومساواتها بين الجميع في الحقوق والواجبات .

بينما يجد الإنسان أمنه في مرحلة **الشيخوخة** في سلامة جسمه ، واستمرار قدرته على العطاء في الحياة ، وفي بر أبنائه وأحفاده له ، وفي تقديرهم واحترامهم لرأيه ، وفي كفاية معاشه أو دخله . لذا وصّى الله الأبناء بوالديهم ، وربط بين عبادته والإحسان إليهما . فقال تعالى : ﴿ **وقضى ربك ألَّا تعبدوا إلا إيَّاهُ وبالوالدين إحسانًا إمّا يَبْلُغن عِندَكَ الكبرَ أحدهُما أو كِلاهُما فلا تقل لَهُما أُفٍّ ولا تنهرْهُما وقُل لهُمَا قولاً كريماً** ﴾[1] .

ويختلف تأثير الحرمان من الأمن على الصحة النفسية من شخص إلى آخر ، ومن مرحلة عمرية إلى أخرى . وبصفة عامة إذا حدث الحرمان في مرحلة الرشد ، فإن تأثيره السيء قد يكون مؤقتا ، ويزول بزوال أسبابه ، وتوفر الأمن . وقد لا يؤثر على الصحة النفسية إذا استطاع الشخص تغيير مطالب أمنه ، ولم يشعر بقلق الحرمان .

أما إذا حدث الحرمان من الأمن في مرحلة الطفولة – وخاصة في الطفولة المبكرة – فإنه يعوق النمّو النفسي ، ويؤثر تأثيرا سيئاً على الصحة النفسية في جميع مراحل حياته ، لأن الحرمان من الأمن يعني تهديدا خطيرا لإشباع حاجات الطفل الضرورية ، وهو ضعيف لا يقوى على إشباعها بنفسه ، فيشعر بقلق الحرمان ، الذى ينمي فيه سمات التوافق السيء التى من أهمها سمات القلق والعداوة والشعور بالذنب (مرسى ، ١٩٨١) .

---

(١) سورة الاسراء : ٢٣ .

وقد تأيد هذا التفسير عن تأثير الحرمان من الأمن على الصحة النفسية في دراسات كثيرة ، أشارت نتائجها إلى أن الراشدين والمراهقين المضطربين نفسيا أو المنحرفين سلوكيا ، قد حرموا من الأمن في الصغر بسبب تصدع الأسرة ، أو فقدان الأم أو القسوة والإهمال من الوالدين (مرسى ، ١٩٧٨) .

٢ - الحاجة إلى حب الاستطلاع :

حب الاستطلاع[١] مفهوم فرضي يدل على حالة نفسية داخلية ، تدفع الشخص إلى استكشاف البيئة ، وجمع المعلومات ، وتحصيل المعرفة . ويعتبر إشباع هذه الحاجة ضروريا للصحة النفسية في جميع مراحل الحياة . فالإنسان من صغره وهو يرغب في تنمية معارفه عن نفسه وعن البيئة التى يعيش فيها ، فيسأل ويبحث بنفسه ، ويستكشف الأشياء الجديدة والغريبة ، وكلما عرف معلومة فى إجابة ، شعر بالحاجة إلى معرفة ما ورائها .

وتظهر الحاجة إلى حب الاستطلاع في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة ، في محاولات الطفل استكشاف البيئة من حوله ، بدفع الأشياء التى يراها ، ولمسها وتحريكها وشدها وفكها ، وبالأسئلة الكثيرة عن كل ما يرى ويسمع ويلمس . إنه يسأل بماذا ؟ وكيف ؟ ولماذا ؟ ليعرف الأشياء ، ويقف على طبيعتها ، ويصل إلى أسبابها وكنهها ، وكلما حصل على إجابة لسؤال ، ظهرت استفسارات جديدة قد لا تنتهي ، وهذا ما جعل بعض العلماء يعتبرون الإنسان حيوانا كثير السؤال بالفطرة (Day et al., 1970) .

ويُعَبِّر الأطفال الكبار والمراهقون والراشدون عن هذه الحاجة بالرغبة في القراءة والاطلاع والمناقشات ، والرحلات لاستكشاف الأماكن الجديدة ، والقيام بالأعمال الصعبة ، وتحدى المخاطر ، وإجراء التجارب ، وفك الأشياء وتركيبها .

ويساهم الآباء والأمهات والمدرسون وغيرهم من الراشدين في إشباع حب الاستطلاع عند أبنائهم إذا هم أجابوا على أسئلتهم بصبر وسعة صدر ، وأعطوهم

---

(١) اختلف الباحثون فى تحديد الحاجة إلى إشباع حب الاستطلاع ، فبعضهم اعتبرها غريزة فطرية موجودة عند الإنسان والحيوان ، وغيرهم اعتبرها دافعا ثانويا ، فى حين أشار البعض الآخر إلى أنها سمة ديناميكية في الشخصية . لمزيد من المعلومات ارجع إلى (مرسي كمال إبراهيم) **القلق وعلاقته بسمات الشخصية** . القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٨ ص ١١٧ – ١٢٤ .

المعلومات الصحيحة ، وسمحوا لهم بجمع المعلومات بأنفسهم من الكتب والرحلات والتجارب والبحث ، وناقشوهم في آرائهم ، وكافأوهم عى النجاح في حل المشكلات وجمع المعلومات (Bernard, 1968) . ويساعد اشباع حب الاستطلاع عند الأطفال والمراهقين على تنمية رغبتهم في التعلم وتحصيل المعرفة ، ويؤدى إلى شعورهم بالأمن في علاقاتهم بمن حولهم ، ويزيد من فهمهم لأنفسهم وللبيئة من حولهم ، فتنمو ثقتهم بأنفسهم وبالآخرين .

وتبين من دراسات كثيرة أن إشباع حب الاستطلاع - خاصة في الطفولة - يساعد على تنمية الذكاء والقدرات الإبداعية ، والثقة بالنفس والنضوج الاجتماعي ، والمثابرة والتفوق في التحصيل الدراسي ، ويؤدى إلى التوافق الحسن ، والتمتع بالصحة النفسية في المراهقة والرشد .

أما إهمال الوالدين والمدرسين لإشباع حب الاستطلاع عند الطفل - بعدم الإجابة على أسئلته ، أو تحقيره عليها ، أو التذمر من كثرتها ، أو بمعاقبته على نشاطاته الاستكشافية - فيضعف حبه للإستطلاع ، ويجعله يكف عن البحث والاستكشاف والاستفسار ، ويشعره بعدم التقبل من الوالدين والمدرسين ، فينعدم شعوره بالأمن، وتضعف رغبته في التعلم والتحصيل الدارسي ، ويشعر بالقلق والعداوة ، ويسيطر عليه الخوف من الفشل ، والتطير والشعور بالنقص ، ويتوقع الأذى من البيئة . وكلها من علامات انعدام الصحة النفسية (Maw & Maw, 1970) .

٣ - الحاجة إلى الإنجاز :

الحاجة إلى الإنجاز مفهوم فرضي يدل على حالة نفسية داخلية ، تدفع الشخص إلى النشاط والعمل والإنجاز ، لتدريب المهارات وتنمية القدرات ، واكتساب الخبرات ، وتحقيق النجاح والتفوق ، والشعور بالكفاءة والحصول على تقدير الآخرين وتقبلهم . ويختلف التعبير عن الحاجة للإنجاز عند الشخص بحسب مراحل نموه النفسي : ففي الطفولة يعبر الطفل عن هذه الحاجة في اللعب ، ومساعدة أمه في الأعمال المنزلية ، وتنفيذ ما يطلب منه ، وفي رغبته في الاعتماد على النفس في اللبس والمشي وتناول الطعام .

وفي الطفولة المتأخرة والمراهقة يعبر الشخص عن حاجته للإنجاز بالرغبة في التحصيل ، وإنجاز الواجبات المدرسية ، وتنفيذ مشاريع التربية الفنية والعملية ، والإقبال على الأنشطة التى تنمي المهارات والخبرات والقدرات ، والرغبة في المنافسة والتفوق ، وتحمل المسئولية ، واتخاذ القرارات . في حين يعبر الشخص عن هذه الحاجة في الرشد بالنجاح في العمل ، والتفوق في أدائه ، والابتكار فيه ، وفي تحمل المسئوليات ، وإنجاز الواجبات والأنشطة النافعة .

والحاجة للإنجاز – مثل حب الاستطلاع – من الحاجات المكتسبة ، التى تنمو بالإشباع ، وتضعف بالحرمان ، فالطفل الذى يشجعه والداه ومدرسوه على الإنجاز ، تنمو عنده الدافعية لتحقيق النجاح . Motivaion to achieve success. في المراهقة والرشد ، فيقبل على التحصيل الدراسي وعلى إنجاز الأعمال الصعبة ، التى تتطلب مهارة عالية وتحدى ، ومثابرة من أجل النجاح ، ولا يستسلم للفشل بسهولة ، ويسعى إلى التفوق باستمرار ، مما يجعله ناجحا في دراسته ، مجدا في عمله .

أما الطفل الذى لا يشجعه والداه ومدرسوه على الإنجاز ، فتضعف رغبته في التحصيل الدراسي ، وتنمو عنده في المراهقة والرشد الدافعية لتجنب الفشل Motivation to avoid failure مما يجعله يتجنب الإقدام خوفا من الفشل ، وتثبط همته بسرعة ، ويستسلم للفشل ليأسه من النجاح ، ويقبل على الأعمال السهلة التى يضمن النجاح في أدائها ، ويرفض التجديد والإبداع ، ويرفض الأعمال التى تتطلب مهارة أو جهدا ، وينسحب من المنافسات والتحديات ، لاعتقاده في عدم قدرته على التفوق ، ويلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية لتبرير فشله ، وعجزه عن النجاح والتفوق .

وتنمو الدافعية لتحقيق النجاح عند الأطفال من خلال حثهم على العمل والنشاط ، وتنمية المهارات والقدرات ، واكتساب الخبرات الجديدة ، ومن خلال مكافأتهم على النجاح والتفوق ، وتدريبهم على الاعتماد على النفس وتحمل بعض المسئوليات في البيت والمدرسة ، ومن خلال الثقة في قدرتهم على النجاح ، واحترام أفكارهم وانتاجهم ، وعدم إرغامهم على عمل أى شىء غير مقتنعين به ، وتشجيعهم على المناقشة والمنافسة الشريفة ، وإشعارهم بالتقبل والتقدير من الوالدين والمدرسين والإخوة والزملاء (مرسى ، ١٩٧٨) (تركى ١٩٧٤) .

وإشباع الحاجة للإنجاز بالإضافة إلى أنه ينمي الدافعية لتحقيق النجاح ، فإنه يساعد على تنمية الثقة بالنفس وبالآخرين ، والشعور بالكفاءة ، والاعتماد على النفس ، والتفوق في المدرسة ، والنجاح في العمل ، فيدرك الشخص تقدير الآخرين واحترامهم ، ويتوافق توافقا حسنا مع نفسه ومع المجتمع . وهذا ما أيدته نتائج دراسات كثيرة أشارت نتائجها إلى أن الأشخاص الذين أشبعت حاجتهم للإنجاز في الطفولة كانوا مراهقين وراشدين متوافقين متمتعين بصحة نفسية ، ومتفوقين في دراستهم وأعمالهم . (Mclelland. 1951) .

٤ – الحاجة إلى الاعتماد على النفس :

الحاجة إلى الاعتماد على النفس مفهوم فرضي يدل على حالة نفسية داخلية ، تدفع الشخص إلى عمل ما يثبت أنه شخصية مستقلة ، لها كيانها وخصائصها التى تميزها عن غيرها ، ولها القدرة على اتخاذ القرارات وتحمل المسئولية والتأثير في البيئة التى تعيش فيها .

ويشعر الطفل بالحاجة للاستقلال في عامه الثاني تقريبا عندما يحس بذاته ، وبقدرته على التصرف بنفسه ، فيمشي ويجرى ويتسلق ، ويدفع الأشياء ويمسكها ، ويقفز ويركب سيارته الصغيرة ، ويدرك أن له ملابسه وأدواته ولعبه .

ويظهر إحساس الطفل بذاته واستقلاليته في إصراره على أن يأكل ويلبس ويمشي بنفسه ، وفى صعوده الدَّرج دون مساعدة من أحد ، ورفضه الأوامر التى نفرض عليه ، وعدم تقبله التدخل في شئونه ، وعناده ومخالفة الآخرين ، ورغبته في إثارة الاهتمام وطلب التشجيع والمديح ، وحُبِّه للتملك ، ودفاعه عن ممتلكاته ورفضه التنازل عنها .

فالطفل في هذا السن الصغير يقول لا ، ويصدر الأوامر ويتصرف بنفسه ، ليثبت أنه شخص له استقلاليته وقدرته على التأثير في الآخرين . وهذا دليل على نموه النفسي ، وانتقاله من الاعتماد الكلى على والديه إلى محاولة الاعتماد على نفسه ، ومن الشعور بالضعف والعجز إلى الإحساس بالقدرة والقوة والثقة بالنفس .

ويستمر الحاح الحاجة للاستقلال في طلب الإشباع في مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة ، ويزداد إلحاحها في المراهقة ، حيث يشعر المراهق أنه قد كبر ونضج بالدرجة التى تجعله يعتمد على نفسه ، ويتحمل المسئولية ، فيسعى إلى اثبات ذاته ، وينشد الحرية في التفكير والتصرف ، ويتشبث برأيه ، ويثور للتدخل في شئونه ، ويرفض الوصاية من الكبار ، ويعارض سلطتهم ، ويخالف الأوامر التى لا يقتنع بها .

ويتم إشباع الحاجة إلى الاعتماد على النفس من خلال استجابة الوالدين لمحاولات أولادهم الاستقلال في العمل واللعب وهم صغار . فالآباء الذين يشجعون أبناءهم على الاعتماد على النفس ، ويعطونهم حرية التصرف ، ويحترمون آراءهم ، ويدربونهم على تحمل المسئولية تدريجيا ، ويشركونهم في اتخاذ القرارات في الأسرة ، ويناقشونهم في الأوامر التى يصدرونها إليهم ، ولا يتسلطون عليهم ، ولا يتدخلون في شئونهم الخاصة ، فإنهم بذلك يشعرونهم بالتقبل وينمون عندهم الثقة والشعور بالكفاءة ، فيحْسُن توافقهم مع أنفسهم ومع المجتمع ، ويشعرون بالصحة النفسية في المراهقة والرشد (مرسي ، ١٩٧٨) .

أما الآباء الذين يدللون أطفالهم ويوفرون لهم الحماية الزائدة ويبالغون في الخوف عليهم من الأذى أو الخطأ إن هم – أى الأطفال – عملوا شيئا وحدهم ، فإنهم بذلك يحرمون صغارهم من إشباع الحاجة إلى الاعتماد على النفس ، وينمون فيه الشعور بالنقص وعدم الكفاءة فتزداد اتكاليتهم على غيرهم ، ويسوء توافقهم في المراهقة والرشد .

كذلك الآباء الذين يتسلطون على أبنائهم ، ويبالغون في تأديبهم ، ويرغمونهم على الطاعة العمياء ، ويحقرون آراءهم ، ويسفهون تصرفاتهم ، فإنهم أيضا يحرمون صغارهم من إشباع الحاجة إلى الاعتماد على النفس ، ويشعرونهم بعدم التقبل ، وينمون عندهم الشعور بالنقص وعدم الكفاءة والاتكالية ، فيسوء توافقهم في المراهقة والرشد .

وتبين من دراسات كثيرة أن تنمية الاستقلالية عند الطفل ، وتدريبه الاعتماد على نفسه من الصغر يساعد على توافقه وتمتعه بالصحة النفسية في المراهقة والرشد . ولا يعني الاعتماد على النفس اكتفاء الشخص بنفسه واستغنائه عن الناس تماما : فالإنسان مهما أوتي من قوة وامكانات جسمية وعقلية لا يستغنى عن

الآخرين ، ويعتمد عليهم في إشباع كثير من حاجاته ، ويعتمد عليه الآخرون في إشباع كثير من حاجاتهم . فالاعتماد المتبادل Interdependency بين الناس ضرورى لاستمرار الحياة الاجتماعية ، ويؤدى إلى التعاون والمحبة ، والاحترام المتبادل ، ولا يعوق ثقة الفرد بنفسه ، ولا يمنعه من الاعتماد على نفسه في تصريف أموره وفي تحمل مسئولياته في الحياة .

أما الاتكالية التى ترفضها الصحة النفسية ، والتى تنتج عن الحرمان من إشباع الحاجة للاستقلال في الطفولة والمراهقة ؛ فهى صفة مَرَضية ، تظهر في الاعتماد الزائد على الآخرين ، وعجز الشخص عن تصريف أموره بنفسه ، وإعطائه الآخرين حق اتخاذ القرارات نيابة عنه ، لشعوره بعدم الكفاءة ، وخوفه من تحمل المسئولية مما يجعله شخصا غير ناضج ، فيشعر بالدونية ، ويسوء توافقه مع نفسه (Beller, 1959) .

٥ - الحاجة إلى أن يُحِبَّ ويُحَبَّ :

الحب المتبادل حاجة حيوية لنمو الشخصية السوية ، و التمتع بالصحة النفسية ، فالشخص الذى يُحِبُّ ويُحَبُّ يعيش سعيدا آمنا مع نفسه ومع الآخرين ، أما مَنْ فقد الحب فإنه يعش تعسا غير آمن متطيراً ، عُرضة للانحرافات النفسية ، واختلال الصحة النفسية ، لأنه لن يحب نفسه ولن يحب غيره (جيرارد ، ١٩٧٧) . لذا قال الرسول عليه الصلاة والسلام : « **المؤمن آلف ومألوف ، ولا خير فيمن لا يألف ولا يؤلف** » (سابق ص ٥٩٧) ، وبيّن عليه السلام أن حب الإنسان لأخيه من الإيمان : فقال : « **ما من رجلين تحابا في الله بظهر الغيب إلا كان أحبهما إلى الله أشدهما حبا لأخيه** »[١] ، وقال أيضا : « **والذى نفسي بيده لا تدخلوا الجنة حتى تؤمنوا ولن تؤمنوا حتى تحابوا أوَ لَا أدلكم على شيء إن فعلتموه تحاببتم ؟ أفشوا السلام بينكم** »[٢] .

ويختلف موضوع الحب ومصدره عند الإنسان بحسب مراحل نموه : ففي الطفولة المبكرة يحتاج إلى أن يحبه والداه ، فهما مصدر إشباع حاجاته ، وفي

---

(١) رواه الطبرى .
(٢) رواه مسلم .

الطفولة المتأخرة والمراهقة ، يحتاج إلى أن يحبه والداه ومدرسوه وأقرانه ، وفي الرشد يحتاج إلى أن تحبه زوجته وأولاده وأصحابه وأهله ، وفي الشيخوخة يسعى إلى أن يحبه أولاده وأهله وأصدقائه .

فإذا شعر الشخص - كبيرا أو صغيرا - بحب الناس له أحبهم كما يحبونه وظهرت المودة والرحمة بينهم . وهذا ما يجعل الشعور بالحب عاملا هاما في التفاعل الاجتماعي وتماسك المجتمع ، لأنه يوجه سلوكنا نحو من نحب (أو ما نحب) على أساس من المودة ، والتعاون والاحترام والشعور بالمسئولية .

ويقوم حب الإنسان لغيره على أساس حبه لنفسه ، فالمرء كما قال **إريك فروم** لا يحب غيره إلا إذا كان يحب ذاته ، أو بعبارة أخرى مَنْ يُحب نفسه قادر على حب غيره ، ومَنْ لا يحب نفسه لا يستطيع حب الآخرين ، ففاقد الشيء لا يعطيه .

ومع أن حبنا للآخرين مستمد من حبنا لأنفسنا ، فإن مصدر حبنا لأنفسنا حب الآخرين لنا : فالشخص لا يحب ذاته إلا إذا شعر بحب الناس واحترامهم له ورضاهم عنه ، فينشأ من هذا الحب احترام الشخص لنفسه ، وتقديره لكفاءته وحبه لذاته (جيرارد ، ١٩٧٧) .

وينمو حب الذات في الصغر من حب الوالدين لابنهما ، فالطفل الذى يشعر بحب والديه وتقبلهما له ، يدرك أنه شخص مرغوب فيه Likable جدير بحب الآخرين ، فيحب نفسه ويحب والديه وغيرهما من الراشدين المهمين فى حياته ، ثم يعمم هذا الحب على الناس من حوله . أما إذا حرم الطفل من حب والديه ، ولم يجد مَنْ يُحبه شعر بعدم الجدارة ، وعدم الرغبة فيه ، وهذا ما يجعله لا يحب نفسه ولا يحب غيره .

وأيدت دراسات كثيرة أن الأطفال الذين نشأوا في ملاجىء للأيتام ، كانوا غير راضين عن أنفسهم ، وعاجزين على التعايش معا على أساس من الحب لأنهم لم يجدوا من يحبهم (مرسي ، ١٩٧٨) . ووجد **ميدنس** أن المراهقين الراضين عن أنفسهم المتقبلين لذواتهم ، كان والداهم يحبونهم في الصغر ، وأما المراهقين غير المتقبلين لذاواتهم وغير المتعاطفين مع أنفسهم ، كان والداهم نابذين لهم في الصغر (Medinnus, 1964) . وتبين من دراسة بجامعة كولومبيا الأمريكية أن الطلبة

الذين أدركوا النبذ من والديهم في الصغر لا يحبون الناس ، في حين كان الطلبة الذين أدركوا التقبل من والديهم يحبون الناس ويحبون أنفسهم (Fleming, 1967) .

ويدرك الطفل حب والديه له إن لاعباه وقبلاه ، وابتسما له ، وعرفا حاجاته ، واستجابا لها في الوقت المناسب ، ولم يبخلا عليه بالثناء كلما أحسن عملا . لذا ينصح علماء الصحة النفسية الآباء بأن يكونوا منفتحين على أبنائهم بشوشين معهم ، وأن يعبروا عن حبهم لهم باللعب والمداعبة والضحك معهم ، وأن يعرفوا حاجاتهم ويشبعوها لهم من غير تذمر ولا تقتير (جيرارد ١٩٧٧) .

وقبل علماء الصحة النفسية أمر الرسول ﷺ بضرورة تعبير الآباء عن حبهم لأولادهم بتقبيلهم ومداعبتهم . فقد قال أبو هريرة رضى الله عنه : « قبّل رسول الله الحسين أو الحسين وعنده الأقرع بن حابس التميمي ، فقال الأقرع : أتقبلون الأولاد ؟ إن لى عشرة من الولد ما قبّلت منهم أحدا قط ! . فنظر إليه الرسول وقال : « **أو أملك لك إن نزع الله الرحمة من قلبك ، مَنْ لا يَرْحَمْ لا يُرْحَمْ** » ، أى من لا يُحِبُّ لا يُحَبُّ »[1] .

٦ - الحاجة إلى التقدير والاستحسان :

تقف الحاجة إل تقدير الآخرين وراء كثير من نشاطات الإنسان وأعماله ، فالإنسان عندما يعمل عملا حسنا ينتظر كلمة شكر ، أو نظرة إعجاب ، أو عبارة ثناء ومديح من الناس المهمين في حياته ، حتى يشعر أنهم يقدرون جهده ، ويستحسنون عمله ، ويعترفون بتفوقه فيه . فالطفل الصغير يميل إلى عمل ما يرضي والديه ويفرحهم ، فيمدحونه ويثنون عليه ، والطالب في المدرسة يذاكر دروسه ، ويؤدى واجباته ليحصل على استحسان والديه وتقدير مدرسيه وزملائه فيحترمونه ، والشاب يُجدّ في عمله حتى يحصل على تقدير رؤسائه وزملائه وعلى احترام زوجته وأولاده وأهله وأصحابه .

وقد عبّر الله عن هذه الحاجة فقال للرسول عليه الصلاة والسلام : قل للمسلمين اجتهدوا في العمل ، لتحصلوا على رضا الله ورسوله ، واحترام وتقدير

---

(١) رواه البخارى .

المؤمنين لكم . فقال تعالى : ﴿ وقُلِ اعملوُا فسيرىَ اللهُ عملَكُم ورسولُه ، والمؤمنون ﴾[1] .

وتشترك الحاجة إلى تقدير الآخرين مع الحاجة إلى الحب في جعل الشخص يشعر بالأمن وبأنه مرغوب فيه ، ولكنها تختلف عنها في أن إشباع الحاجة إلى التقدير يحقق له مكانة اجتماعية طيبة ، وسمعة حسنة في الجماعة التى ينتمي إليها ، أما اشباع الحاجة للحب . فيحقق له الشعور بعطف وحنان ومودة الآخرين له .

ويشعر الإنسان بتقدير الآخرين واستحسانهم له في تعبيرهم عن إعجابهم بأعماله وإنتاجه ، وتقديرهم لتفوقه ، وثنائهم على نجاحه . فالطفل يدرك تقدير والديه لعمله وإنتاجه عندما يستحسنان تصرفاته . ويقولان له : « شاطر » « أنت ولد ممتاز » « أنت حلو » ، والتلميذ يسعده ثناء مدرسيه عليه لتفوقه في التحصيل أو في أى نشاط آخر يجعله في مركز طيب في نظر جماعة الفصل ، ويفرح الموظف عندما يمدح رؤساؤه كفاءته في العمل ، ويثنون على جهوده ، فيشعر بالتقدم والاحترام من زملائه ، مما يعطيه مكانة مرموقة في العمل ، ويرفع تقديره لذاته ، ويشعره بالكفاءة والثقة في نفسه وفي الآخرين ، ويزيد طموحه وانتاجه ، ويشعر بالسعادة والانتماء ، ويتمتع بالصحة النفسية .

أما حرمان الشخص من تقدير الآخرين فيشعره بعدم التقبل والدونية ، ويحط من قدر نفسه ، ويعيش على هامش الحياة في الجماعة ، ولا يشعر بالأمن معها ، وتضطرب علاقته بنفسه وبغيره ، وقد ينطوى على نفسه ، ويستغرق في أحلام اليقظة ، أو يلجأ إلى الجناح والجريمة والتمرد والعصيان ، ليحصل على تقدير الجماعة واحترامها فقد يترك الفتى (أو الفتاة) مدرسته وأسرته وينضم إلى إحدى الجماعات المنحرفة التى يجد عندها التقدير والاحترام ، ويحصل على مكانة اجتماعية فيها . فالدراسات أشارت إلى أن الأطفال الذين فشلوا في الحصول على تقدير والديهم واحترام مدرسيهم هربوا من بيوتهم ومدارسهم ، وانخرطوا في عصابات الأحداث ، وحصلوا على تقدير زملائهم لانحرافاتهم وجرائمهم (مرسى ، ١٩٧٨) .

---

(١) سورة التوبة : آية (١٠٥) .

٧ – الحاجة إلى الصحبة والانتماء :

اختلف الباحثون في تحديد هذه الحاجة ، ووضعوها في مسميات كثيرة منها الحاجة إلى التوحد بالجماعة ، والحاجة إلى الجماعة ، والحاجة إلى السند ، والحاجة إلى الانتماء للجماعة . ومع هذا فإنهم متفقون على أنها من الحاجات الأساسية التى تلح في الإشباع ، وتدفع الشخص إلى الارتباط بجماعة (أو أكثر) يحبها وتحبه ، ويجد عندها الأمن والتقدير والمكانة الاجتماعية .

ويقف اشباع هذه الحاجة وراء حبنا لوطننا وأسرتنا وأهلنا وأصحابنا ، فنشعر بالانتماء إليهم والولاء لهم ، ونفتخر بهم، ونعتز بتفوقهم وانتصاراتهم ، ونعتبرهم إمتدادا لذواتنا .

وتشبع الحاجة إلى الصحبة عادة في الطفولة بالانتماء إلى الأسرة والارتباط بالوالدين ، وفي المراهقة بالانتماء إلى الأسرة وجماعات المدرسة ، وجماعة الأقران (الشلة) ، وفي الرشد بالارتباط بشريك الحياة من الجنس الآخر ، وصحبة الأبناء والأهل والأصدقاء ، والانتماء إلى جماعة العمل .

ويختلف تأثير هذه الجماعات في إشباع الحاجة إلى الصحبة بحسب السن ، فتزداد الحاجة إلى صحبة الوالدين في الطفولة وإلى صحبة الأقران من نفس الجنس في المراهقة ، وإلى صحبة شريك للحياة (من الجنس الآخر) في الرشد ، وإلى صحبة الأبناء في الشيخوخة . كما يختلف تأثير هذه الجماعات من شخص إلى آخر فقد يجد شخص إشباع حاجته إلى الصحبة مع أسرته ، ويجد آخر إشباعها مع الأصدقاء أو مع جماعات المدرسة أو جماعات العمل وغيرها .

وإشباع الحاجة للصحبة من أهم عوامل تماسك المجتمع ، وسلامة أفراده ، وترابط جماعاته ، لأن الشخص الذى يشعر بالانتماء إلى جماعة يحبها ، ويعتبرها امتدادا لنفسه ، فيتوحد معها ، وينصاع لمعاييرها ، ويدافع ويعمل من أجل تحقيق أهدافها ، ويعتز بانتمائه إليها ، ويتبنى قيمها وتقاليدها وعاداتها .

وقد حبب الإسلام « إشباع الحاجة إلى الصحبة » فأمر كل مسلم بالجماعة الصالحة ، والانتماء إليها والحرص عليها ، وعدم الخروج منها . وأوجب على الرجال صلاة الجماعة وفضّلها على صلاة الفرد في بيته ، وحث على التجمع

والألفة والتعارف بين الناس . وفي ذلك قال رسول الله عليه السلام : « **المؤمن الذي يخالط الناس ، ويصبر على أذاهم خير من المؤمن الذى لا يخالط الناس ولا يصبر على أذاهم** »[1] . وأجمل عليه السلام ما تحققه الجماعة من مساندة وأمن لأفرادها فقال : « **المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعضا** »[2] . وقال أيضا : « **مثلُ المؤمنينَ في توادِهم وتراحُمِهم كمثل الجسدِ الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعَى له سائر الأعضاءِ بالسهرِ والحمَى** »[3] .

والجماعة التى ينتمى إليها الشخص فى أى مرحلة من مراحل حياته وتشبع له حاجاته إلى الصحبة ، تؤثر فى بناء شخصيته وفى تكوين قيمه واتجاهاته وميوله . فإذا كانت الجماعة صالحة ، صلح الفرد والمجتمع ، وإذا كانت فاسدة فسد الفرد والمجتمع ، وقد أشار الرسول ﷺ إلى هذا التأثير فى قوله عليه السلام : « **الخليل على دين خليله فلينظر كل منكم إلى من يخالل** »[4] .

والحاجة إلى الصحبة من الحاجات التى تلح في الإشباع ، فإذا لم يجد الشخص الجماعة الصالحة التى تشبع حاجته ، وينتمى إليها ، سعى للإنتماء إلى جماعة (أو أكثر) من الجماعات الفاسدة ، وتبني قيمها ومعاييرها ، وسلك سلوك أفرادها ، فيسوء توافقه مع المجتمع ومع نفسه . فقد تبين من الدراسات على الأحداث الجانحين أن نسبة كبيرة منهم لم تشبع حاجاتها إلى الصحبة في الأسرة والمدرسة (بسبب النبذ وعدم التقبل من الوالدين والمدرسين والفشل في التحصيل الدراسي) فلجأت إلى قرناء السوء ، وكوّنت جماعات خارجة على المجتمع ، شعرت معها بالأمن والتقدير والمكانة الاجتماعية ، واتخذت منها وسيلة للتعبير عن مشاعرها العدائية تجاه الأسرة والمدرسة والمجتمع . ومن الملاحظ أن الأحداث يتمسكون بجماعاتهم المنحرفة ، ويدافعون عن مبادئها ، ويتعلمون عاداتها السيئة ، فيدخنون ويقبلون على تناول الخمور والمخدرات والحبوب النفسية ، ويعتدون ويسرقون ويخربون ، خضوعا وانصياعا لمعايير هذه الجماعات ، حتى يشعروا بالأمن معها والتقدير من أعضائها .

---

(١) رواه أحمد .

(٢) متفق عليه .

(٣) متفق عليه .

(٤) رواه الترمذى .

وقد يفشل الفرد في إشباع حاجته للصحبة في جماعته العضوية[1] ويلجأ إلى إشباعها بالانتماء نفسيا إلى جماعة أخرى - دون أن يكون عضوا فيها - يعجب بها ويسلك وكأنه واحد منها ، ويتبنى قيمها ومعاييرها وعاداتها ، ويتخذها مرجعا لتصرفاته[2] . وفي نفس الوقت لا تعجبه جماعته العضوية ، ويعيش غريبا فيها لا يتوافق معها . مثال ذلك الشاب من الطبقة الوسطى (جماعة عضوية) ينتمي نفسيا لأبناء الطبقة العليا (جماعة مرجعية) ، ويحاول التشبه بهم في معيشته ومظهره واهتماماته وتطلعاته ، فيفكر بعقولهم ويسلك وكأنه منهم . أو الشاب من أسرة مسلمة (جماعة عضوية) وينتمي نفسيا لشباب المجتمعات الغربية ، ويعجب بقيمهم وتصرفاتهم واتجاهاتهم وعاداتهم ، ويقلد سلوكهم وكأنه واحد منهم ، فيشرب الخمر ويجرى وراء ملذاته ، ويتذمر من قيم وعادات وآداب مجتمعه المسلم ، ويعيش فيه غريبا ، لا يشعر له بالانتماء ، ولا لقيمه بالولاء ، فيسوء توافقه مع أهله .

٨ - الحاجة إلى الدين :

تدل الحاجة إلى الدين على استعداد فطرى عند الإنسان ، يوجهه إلى معرفة الله وتوحيده ، ويدفعه إلى عبادته والاستجابة له استجابة تعظيم وتقديس ومهابة ، ويحركه إلى الارتباط به ، وطلب العون منه ، ويجعله ملاذه وملجأه كلما اشتدت به الكروب ، وحلت به مصائب الحياة .

ونحن نعلم أن الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان ونفخ فيه من روحه ، وهذا يعني أن في أعماق النفس البشرية ما يحركها بالفطرة إلى خالقها . قال تعالى : **﴿ الذى أحسن كل شىء خلقه . وبدأ خلق الإنسان من طين ، ثم جعل نسله من سلالة من ماء مهين ، ثم سواه ونفخ فيه من روحه ، وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة قليلا ما تشكرون ﴾**[3] .

---

(١) الجماعة العضوية member group هي الجماعة التى يكون الفرد عضوا فعليا فيها ، مثل جماعات الأسرة والمدرسة والنادى والمصنع .

(٢) الجماعة المرجعية reference group هي الجماعة التى ينتمي إليها الفرد نفسيا دون أن يكون عضوا فيها ، ويجعلها مرجعا لتصرفاته ، يتبنى قيمها ومعاييرها وعاداتها ، ويشارك أعضاءها اهتماماتهم وميولهم وأفكارهم ويتجاوب معهم وكأنه عضو فعال معهم .

(٣) السجدة آية : ٧ - ٩ .

وقد بين الاستاذ الدكتور **محمد عثمان نجاتى** أن الحاجة إلى الدين حاجة نفسية لها أساس فطرى متأصل في الإنسان ، واستدل على ذلك من قوله تعالى : **﴿ فأقم وجهك للدين حنيفا ، فطرة الله التى فطر الناس عليها ، لا تبديل لخلق الله ، ذلك الدين القيم ، ولكن أكثر الناس لا يعلمون ﴾**[(١)] ومن قوله تعالى : **﴿ وإذ أخذ ربك من بنى آدم من ظهورهم ذريتهم وأشهدهم على أنفسهم ، ألست بربكم . قالوا بلى شهدنا . أن تقولوا يوم القيامة إنا كنا عن هذا غافلين ﴾**[(٢)] (نجاتى ، ١٩٨٢) .

وأيدت دراسات الانثروبولوجيا وعلم الأديان أن الحاجة إلى الدين موجودة عند جميع الناس في كل العصور وفي جميع المجتمعات ، فالإنسان منذ القدم وهو يبحث عن إلاه يعبده ، ويتوسل إليه ، يعتقد أنه قوى مسيطر على الكون ، خالق كل شيء ، حي لا يموت (المليجي ١٩٥٥) غير أن تصوره لطبيعة الاله ، وطريقته في عبادته إختلفت من زمان إلى زمان ومن مكان إلى مكان ، تبعا لمستوى تفكيره ودرجة تطوره الثقافي ، وحسب ما جاءه من الهدى على أيدى الرسل .

ويتفق علماء النفس على أن الحاجة إلى الدين[(٣)] حاجة ملحة نامية ، يتعلم الطفل كيف يشبعها من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية في البيت والمدرسة ، فينشأ على دين آبائه وأجداده ، ويؤمن في طفولته بالإههم ، ويعبده بطقوسهم ، ويسلم بمبادئهم الدينية دون تمحيص . أما في مرحلة المراهقة حيث يتفتح ذهنه ، ويستطيع إدراك الغيبيات ، وتتعدد مصادر معرفته ، لا يعتقد في صحة ما يقوله آباؤه ، ولا يقبل التسليم بمعتقداتهم الدينية كما هى ، بل يسعى إلى معرفة الله بنفسه ، ويبحث عما يهديه إليه ، ويسعى في طلب الأدلة التى تبرهن على صحة دينه .

ويتحمس المراهق لدينه لا على أساس أنه عبادات فقط ، بل أيضا على أساس أنه معاملات تقوم على العدل والحرية والمساواة ، والمسئولية والصدق ،

---

(١) الروم آية : ٣٠ .

(٢) الأعراف آية : ١٧٢ .

(٣) عالج علماء النفس الحاجة إلي الدين بمصطلحات مختلفة منها الدافع الدينى والشعور الديني ، والعاطفة الدينية أو العواطف التي تتبلور حول الموضوعات الدينية وغير ذلك .

والرحمة والتواضع والأمانة والمحبة ، وقبول توبة التائبين . لذا يلجأ إلى ربه يسأله العون في علاج مشاكله ، والمساعدة في إصلاح حياته ومجتمعه ، ويطلب العفو والمغفرة على أخطائه .

وقد يمر المراهق بمرحلة من الشك بسبب ما يجده من تناقض في حياته اليومية ، بين معتقدات الناس وسلوكهم ومعاملاتهم ، لكن سرعان ما يعود إلى الإيمان ،ويُقْبل على الصلاة ، ويقضى وقتا طيبا في المسجد يشعر فيه بالأمن والطمأنينة . وقد يبالغ بعض المراهقين في شكوكهم ، ويعلنون إلحادهم ، لا كفراً بالله ولا نكراناً لوجوده ، لكن تمردا على الوالدين ، وعدوانا على قيم المجتمع ، وتعبيرا عما يشعرون به من ظلم وقسوة .

ويستمر الشعور بالحاجة إلى الدين في الرشد والشيخوخة ، ويتأثر إلحاحها وأسلوب إشباعها بعدة عوامل من أهمها : ظروف تنشئة الشخص في الطفولة والمراهقة ، وعلاقته بوالديه ومدرسيه وأقرانه ، ومعلوماته الدينية ، والأزمات التى يمر بها في حياته . فالشخص الذى ينشأ في أسرة صالحة ، ويكون والداه مؤمنين ، ويلمس في سلوك مدرسيه وأصحابه التدين ، وحب الله ، ويجد مَنْ يفقهه في دينه ، تنمو حاجته إلى الدين ، ويُقْبل على العبادات ، ويلتزم في معاملاته وعلاقاته بما يرضي ربه ، ويكون مؤمنا حقا في سره وجهره . أما الشخص الذى ينشأ في أسرة فاسدة ، ويعيش مع والدين مفرّطين في دينهما ، ويتعلم على أيدى مدرسين مستهترين بأداء العبادات ، ويصاحب أصدقاء لا يعبأون بقيم الإسلام وآدابه . مثل هذا الشخص تضعف حاجته إلى الدين ، ويقل إقباله على العبادات والمعاملات الإسلامية ، خاصة إذا لم يجد من يفقهه في الإسلام .

وتختلف أهداف إشباع الحاجة إلى الدين من شخص إلى آخر بحسب مدى الشعور بهذه الحاجة عند كل منهما وظروفهما الاجتماعية . فقد يشبع شخص حاجته إلى الدين بعبادة الله ، ويدرك أنه خُلِقَ من أجل هذه العبادات ، ويمتثل لقوله تعالى : ﴿ **وما خلقتُ الجنَّ والإنسَ إلا ليعبدون** ﴾ .. ويقبل على الله في السراء والضراء ، ويطيعه في السر والعلن ، وبذا يكون إيمانه قويا ، وتدينه حقيقيا . ويسمى **ألبورت** هذا السلوك بالتدين الجوّاني Intrinsic religion وهو تدين حق ، نابع من داخل الفرد ، ويعبر عن إيمان قوى بالله الذى خلق كل شيء .

وقد يشبع شخص آخر حاجته إلى الدين بعبادة الله ، كوسيلة لتحقيق الأمن والطمأنينة ، فيلجأ إليه في الضراء ، وينصرف عنه في السراء ، وقد يعبد الله كوسيلة لتحقيق مركز في الأسرة أو المجتمع ، فيكون سلوكه الديني رياء وتظاهرا ، فيقبل على الله في العلن ، ويبتعد عنه في السر . ويسمى ألبورت هذا السلوك بالتدين الظاهرى Extrinsic religion .

والتدين الحقيقي أفضل من التدين الظاهري في إشباع الحاجة إلى الدين ، فقد تبين من دراسات كثيرة أن الشخص المتدين تدينا حقيقيا قريب من الله ، في سلام مع نفسه ، راض عن ماضيه وحاضره ، متفائل بمستقبله ، مما يجعله متمتعا بصحة نفسية جيدة . أما عدم التدين أو التدين الظاهر فمن عوامل انعدام الصحة النفسية .

وينادى علماء النفس والطب النفسي ، والصحة النفسية بضرورة تنمية الحاجة إلى الدين ، واشباعها بالتدين الحقيقي للوقاية من الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية . وأشار رتشارد ماك كان Richard Mc Cann, وبيوسن Boisen وألبورت Allport إلى أن تنمية هذه الحاجة وإشباعها من أهم عوامل نجاح العلاج النفسي ، ونصحوا بضرورة وجود رجل الدين ضمن فريق العلاج النفسي ، لأن الشخص المضطرب نفسيا نادم على ماضيه ، متذمر من حاضره ، متشائم من مسنفبله، وعندما يؤمن ويعيش مع الله ويلجأ إليه ، يجد عنده العفو عن الماضي ، والسند في الحاضر ، والمبشر بمستقبل أفضل (Allport, p151) .

فالإيمان بالله يبعث في النفس طمأنينة وقوة ، وراحة ورضا ، ويقينا وتوكلا ، فتشفى من الآثام ، وتواجه الصعاب بثقة ، لأن الشخص المؤمن يعلم أن الله معه ، يستجيب له إذا دعاه . قال تعالى : ﴿ **وإذا سألك عبادِى عنِّى فإنِّى قريبٌ أجيبُ دعوةَ الداعِ إذا دعانِى ، فليستجيبُوا لِي ، وليؤمنوا بِي لعلَّهُم يرشدونَ** ﴾[١]وهذا ما يجعله يطمئن ولا يتطير .

---

(١) سورة البقرة آية : ١٨٦ .

تحقيق الذات

يشعر الإنسان بتحقيق ذاته إذا نجح في الوصول إلى هدفه الأساسي في الحياة . فكل شخص له غاية رئيسية في حياته ، تدور حولها أفكاره ، وتتجه نحوها أعماله ، وتتركز حولها آماله وطموحاته (البنا ، ١٩٧٧) فإذا حقق هذه الغاية أو اقترب منها شعر بتحقيق ذاته بحسب درجة قربه منها .

ويرتبط تحقيق الذات[1] بمشاعر النجاح والرضا فى إشباع الحاجات العضوية وغير العضوية ، فالشخص الذى ينجح في إشباع حاجاته ، وتحقيق معظم أهدافه التى توصله إلى غايته في الحياة ، يشعر بتحقيق ذاته .

ومن العوامل التى تساعد الإنسان على تحقيق ذاته ، نجاحه في الحصول على عمل يرضيه ، ومركز اجتماعى يناسبه ، ومسكن يلائمه ، وزوجة يطمئن إليها .

ويؤدى تحقيق الذات إلى الصحة النفسية إذا سمت غاية الإنسان في الحياة ، لأن الغايات السامية تدفع صاحبها إلى أعمال شريفة مجيدة . وتطبع نفسه بصورة من الجمال الروحى ، وتحدو به إلى الكمال دائما ، حتى يأخذ فيه بالنصيب الذى يصبو إليه (البنا ١٩٧٧)

أما إذا كانت غاية الإنسان في الحياة إشباع شهوات البطن أو الفرج أو المال أصبح عبدا لها ، يأتمر بأمرها وتدفعه إلى مختلف الأخلاق الخبيثة التى تودى به إلى التهلكة (الغزالي ص ١٣) . وتحقيق الذات عن طريق الوصول إلى الغايات الدنيا ليس من الصحة النفسية في شيء ، لأنها غايات ثانوية ، متعها مؤقتة لا تدوم ، وأثرها عارض ، وصاحبها – كما قال مسكويه – كثير الخوف قلق النفس مجهد البدن . فكثير من الأغنياء حازوا هذه الشهوات ، وانغمسوا فيها ، لكنهم كانوا تعساء وركبهم الهم والغم (الطيب ، ١٩٨٢) .

---

(١) اختلف الباحثون فى نظرتهم إلى تحقيق الذات ، فالبعض يرى أنه حاجة غير عضوية تظهر فى مرحلة الرشد وتشبع بتكوين الأسرة ، وبالحصول على عمل ومكانة اجتماعية ويرى غيرهم أنها حاجة ليست مستقلة عن حاجات الإنسان الأخرى وإشباعها يتم من خلال الشعور بإشباع هذه الحاجات .

ومفهوم تحقيق الذات يشبه إلى حد كبير مفهوم الآنا المثالية عند كارل روجز وتكامل الشخصية عند آريك أريكسون .

ومن الناس من يجد تحقيق ذاته في الوصول إلى غايات غير مشروعة ، ويسعى لإثبات كفاءته وتفوقه في أعمال شيطانية ، ويجد مكانته في جماعات فاسدة ، وتحقيق الذات عند هذا الصنف من الناس يُشقيه ويفسد علاقته بغيره ، ويبعده عن ربه ، ولا يحقق له الصحة النفسية ، لأنه يعيش تبع أهواء نفسه ، فإذا أعطى ما يشتهيه من الشهوات الحلال أو الحرام زال غضبه . وهو بذلك يتعدى حدود الله : ﴿ **ومن يتعد حدودَ الله فقد ظلمَ نفسَهُ** ﴾[1] .

أما من تسمو غايته ، ويدرك حقيقة وجوده في هذه الدنيا ، فإنه يجعل أهدافه الرئيسية في عبادة الله ويجد تحقيق ذاته في عمل ما أمر الله به ، والابتعاد عما نهى عنه ، والاصلاح بين الناس والسعى فى مناكب الأرض يبحث عن رزقه . وهو قد خُلِقَ لتحقيق هذه الغاية . قال تعالى : ﴿ **وما خلقتُ الجِنَّ والإنسَ إلا ليَعْبُدُون** ﴾[2] . وقال سبحانه : ﴿ **هو الذى جعلَ لكُم الأرضَ ذَلُولاً فامشُوا في مناكِبِهَا وكُلُوا من رزقِهِ وإليهِ النُشُورُ** ﴾[3] .

هذه الفئة من الناس آمنوا بربهم ، وخلصت نواياهم لله ، وعملوا الصالحات وهم – كما قال ابن تيمية – خير أمة أخرجت للناس (ابن تيمية ، ١٩٧٨) لأنهم يجدون تحقيق ذواتهم في الالتزام بما فرضه الله من عبادات ومعاملات ، ويجدونها في التوبة والاستغفار بالليل والنهار ، ويجدونها في الحمد والشكر في السراء ، والصبر والاحتساب في الضراء . وهذا ما يجعلهم يشعرون بالصحة النفسية في جميع الأحوال . قال الرسول عليه الصلاة والسلام : « **أمر المؤمن كله خير إن أصابته سراء شكر ، وإن أصابته ضراء صبر** » .

وتحقيق الذات عند المؤمن يكون في بقاء نفسه على مستوى حسن من الاحساس الدائم بالله ، والمصاحبة المستمرة له ، والشعور بالمسئولية الكبيرة ، والواجب العظيم والأمانة السامية ، التى يحملها الإنسان في الحياة . (الغزالي ص ١٨٥) .

---

(١) سورة الطلاق آية : (١) .
(٢) سورة الذاريات آية : (٥٦) .
(٣) سورة الملك آية : (١٥) .

كما أن تحقيق الذات عند المؤمن يجعل قلبه متصلا دائما بمصادر الجمال في الآفاق وفي نفسه ، فيُحس بوجود الله ، وقدرته التى ليس لها حدود ، ورقابته المستمرة ، واطلاعه على هواجس نفسه وخفاياها . قال تعالى : ﴿ **لله ما فى السموات وما في الأرضِ وإن تُبْدُوا ما في أنفُسِكُم أو تُخْفُوهُ يحاسبكُم بِهِ الله** ﴾[١] .

ووعى المؤمن الدائم لصلته بخالقه يؤثر في نشاطه ، ويوجهه إلى طريق السمو والمثل الراقية النبيلة . وهذا ما يجعل شعوره بتحقيق ذاته دافعا له إلى مزيد من الأعمال الصالحة ، التى تؤدى بدورها إلى زيادة في الشعور بتحقيق الذات . وهكذا يؤدى عمل الصالحات إلى تحقيق الذات ، ويؤدى الشعور بتحقيق الذات إلى عمل الصالحات ، وتستمر دائرة « عمل الصالحات – تحقيق الذات » عند المؤمن إلى أن يلقى الله وهو يعمل صالحا . فإذا عمل صالحا يرضى ربه شعر بتحقيق غايته ، وعمل صالحا من جديد شكرا لله الذى اجتباه وجعله من الصالحين . فعن عائشة رضى الله عنها أن النبى عليه الصلاة والسلام كان يقوم الليل حتى تتفطر قدماه ، فقالت له: لم تصنع هذا يا رسول الله وقد غفر الله لك ما تقدم من ذنبك وما تأخر . قال : « **أفلا أكون عبداً شكورا** »[٢] .

ودائرة « عمل الصالحات – تحقيق الذات » عند المؤمن تجعله يحب لأخيه ما يحب لنفسه ، ويعمل ما ينفع الناس ويخلص في عمله ، وتجعله يحب الله ورسوله أكثر من حبه لنفسه ، فيعمل ما يرضيهما ، فيحبه الله ورسوله ، وتكون كل تصرفاته لله وفي الله . وفي ذلك قال الرسول عليه الصلاة والسلام . عن الله تعالى : « **وما تقرب إليَّ عبدى بشيء أحبُ إليَّ مما افترضت عليهِ : وما يزالُ عبدى يتقربُ إليَّ بالنوافل حتى أُحبَّه ، فإذا أحببته كنت سمعَه الذي يسمعُ به ، وبصره الذى يبصر به ، ويده التي يبطش بها ، ورجله التى يمشى بها وإن سألنى أعطيته ، ولئن أعاذنى لأعيذنه** »[٣] .

---

(٥) سورة البقرة آية : (٢٨٤) .
(١) رواه البخارى .
(٢) رواه البخارى .

ودائرة « عمل الصالحات – تحقيق الذات » هي التى تجعل المؤمن يقول الحق ولا يخشى لومة لائم ، ويقبل على الجهاد فى سبيل الله بنفسه وماله ، ويستبشر بالموت دفاعا عن الحق . فقد كتب سيد قطب رحمه الله إلى أخته وهو في السجن ينتظر تنفيذ حكم الإعدام : « لم أعد أفزع من الموت حتى لو جاء اللحظة – لقد حاولت أن أكون خيرا ما أستطيع ، أما أخطائى وغلطاتى فأنا نادم عليها . إني أكِلُ أمرها إلى الله ، وأرجو رحمته وعفوه ، أما عقابه فلست قلقا من أجله ، فأنا مطمئن إلى أنه عقاب حق ، وجزاء عدل ، وقد تعودت أن أحتمل تبعة أعمالى خيرا كانت أو شراً .... فليس يسوءنى أن ألقى جزاء ما أخطأت حين يقوم الحساب »[١] .

« تدرج الحاجات »

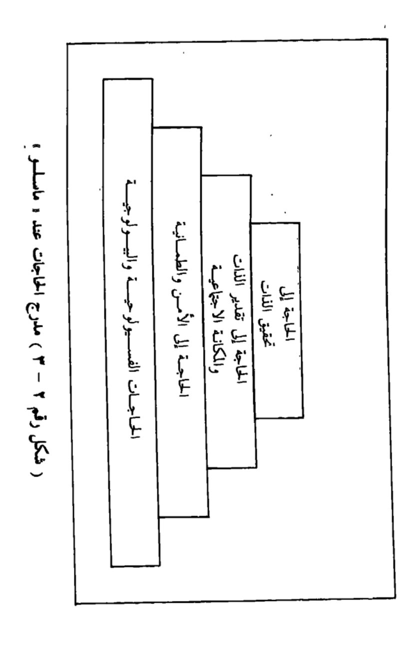
بالرغم من أهمية جميع الحاجات فمن الممكن تدريجها بحسب الضرر الناتج عن عدم إشباعها ، فنضع الحاجات العضوية أولا ثم الحاجات غير العضوية ، لأن الحرمان من الحاجات العضوية يؤذى الإنسان أذى بليغا – نفسيا وجسميا – وقد يؤدى إلى الموت . أما الحرمان من الحاجات غير العضوية فيعوق النمو النفسي ولا يؤدي إلى الموت ، إلا إذا صاحبه حرمان لحاجة عضوية أو أكثر . وهذا يجعل الشخص يبحث عن إشباع حاجات جسمه أولا ، فإذا أشبعها تهيأ لاشباع حاجاته النفسية والاجتماعية .

وتأتى الحاجة إلى الأمن في مقدمة الحاجات غير العضوية ، لأن الإنسان لا يحب ولا يشعر بأنه محبوب ، ولا يعمل ويبدع ، ولا يعتمد على نفسه ، ولا يشعر بالانتماء ، ولا يقبل على العلم إلا إذا شعر بالأمن والطمأنينة . فالحاجة إلى الأمن سيدة جميع الحاجات النفسية والاجتماعية ، إذا أشبعها الإنسان تهيأ لإشباع باقي حاجاته .

---

(١) سيد قطب . أفراح الروح . رسالة بعث بها إلى أخته . ونشرتها جمعية الرياضيات كلية العلوم جامعة الكويت سنة ١٩٨٣ .

ويصنف ماسلو Maslow حاجات الإنسان ويرتبها في تدرج هرمي بحسب أهميتها للصحة الجسمية والنفسية . ويوضح الشكل رقم (٢ - ٤) فكرة ماسلو (Maslow, 1954) ونجد في قاعدة الهرم الحاجات الفسيولوجية (الحاجات العضوية) التى يُعْتبر إشباعها أساس حياة الإنسان ، ثم يأتى بعدها الحاجة إلى الأمن التى يُعْتبر إشباعها أساس الحياة النفسية والاجتماعية ، تليها الحاجة إلى الانتماء والصحبة والدين والحب المتبادل ، فالحاجة إلى الإنجاز والاعتماد على النفس وحب الاستطلاع والتقدير من الأخرين ، ثم يأتى في قمة الهرم الحاجة إلى تحقيق الذات .



(شكل رقم ٢ - ٣) مدرج الحاجات عند « ماسلو »

ونستشف من هذا الترتيب الآتى :

١ – إشباع الحاجات الفسيولوجية عامل ضرورى لتحقيق الصحة النفسية لأنه سيهيء الإنسان لإشباع حاجاته الأخرى ، لكنه لا يكفي وحده للصحة النفسية ، فإشباع الحاجة إلى الطعام مثلا ضرورى للصحة النفسية ، لكن ليس كل شخص غير جائع متمتعا بالصحة النفسية .

٢ – إشباع الحاجة للأمن والطمأنينة أساسي في الصحة النفسية لأنه يعني أن الإنسان قد أشبع حاجاته الفسيولوجية ، ومهيأ لاشباع حاجاته النفسية الأخرى . لكنه – أى الشعور بالأمن – لا يكفي وحده لتحقيق الصحة النفسية التى تتطلب مع الشعور بالأمن التدين الحقيقي ، والحب والاعتماد على النفس ، والنجاح في العمل والدراسة والزواج .

٣ – يدل تحقيق الذات على أن الشخص قد حقق غايته ووصل إلى مراده في الحياة . ولا يعنى هذا توقف حياته بعد أن حقق ذاته . لأن هذه الحاجة من الحاجات غير العضوية ، التى تنمو بالإشباع وتضعف بالحرمان ، فإذا شعر شخص بتحقيق ذاته في عمل ، يجاهد حتى يستمر معايشا لغايته ، قريبا من مثله العليا فى الحياة .

مبادىء إشباع الحاجات

تبين من مناقشتنا أن إشباع الحاجات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية من عوامل بقاء الإنسان ، وحفظ نوعه ، لكنه – أى الإشباع – لا ينمي الشخصية السوية ولا يحقق الصحة النفسية ، إلا إذا تم في ضوء المبادىء الأتية :

١ – إشباع الحاجات مشروع : فقد خلق الله الإنسان ، وسخرَّ له ما في الأرض وأحل له الطيبات . قال تعالى : ﴿ **يا أَيُّها الذين آمنوا كلوا من طيباتِ ما رزقناكُم ، واشكرُوا لله إنْ كُنتم إياهُ تَعبدُونَ** ﴾[1] ، وقال سبحانه :

---

(١) سورة البقرة آية : ١٧٢ .

﴿ **يا أيها الذين آمنوا لا تُحرِّمُوا ما أحَلَّ الله لكم ، ولا تعتدُوا إنَّ الله لا يحبُّ المعتدين** ﴾[1] . وقال أيضا : ﴿ **نساؤكم حرثٌ لكم فأتوا حرثَكُم أنَّا شِئتُمْ** ﴾[2] .

وحث الرسول عليه الصلاة والسلام المسلمين على إشباع حاجاتهم ، لأن الحرمان منها ليس من الإسلام في شيء . فلم يقر – عليه السلام – رغبة عثمان بن مظعون في التبتل أى تحريم النساء والطيب وكل ما يتلذذ به . ورفض القضاء على الحاجة الجنسية بالخصاء ، وقال : « **ليس منا من خصي أو اختصي** » . وأنكر على الرجال الذين عقدوا العزم على قيام الليل ، وصيام الدهر واعتزال النساء ، فقال لهم : « **أنتم الذين قلتم كذا وكذا ؟ أما والله إني لأخشاكم لله وأتقاكم له لكني أصوم وأفطر ، وأصلي وأرقد ، وأتزوج النساء . فمن رغب عن سنتي فليس مني** »[3] .

٢ – إشباع الحاجات وسيلة لا غاية : فالإنسان يشبع حاجاته ليحمي حياته ويحفظ سلالته ، وينمي شخصيته ، ويبني مجتمعه . أى أنه يشبع حاجاته ليعيش يعبد الله ، ويعمر الأرض . وهذا ما يجعله يسيطر على حاجاته ويخضعها لإرادته ، فيشبع منها ما يفيده ، ويقمع ما يضره ولا ينفعه .

أما إذا جعل الإنسان إشباع الحاجات غاية لا وسيلة أصبح يعيش ليشبعها ، فتسيطر عليه ، وتنعدم إرادته في اختيارها ، وتضعف حريته في كيفية إشباعها ، فقد يشبعها من حرام ، ويظلم نفسه ويؤذى غيره ، وتسوء صحته النفسية .

لذا دعا الإسلام المسلمين إلى تنظيم حاجاتهم ، والسيطرة عليها . فقال تعالى : ﴿ **يا أيُّها الذين آمنوا لا تُلْهِكُم أموالُكُم ولا أولادُكُم عن ذِكِر الله ، ومن يفعل ذلك فأولئكَ هم الخاسِرُونَ** ﴾[4] وقال أيضا : ﴿ **وابتغ فيما آتاكَ اللهُ الدارَ الآخرةَ ، ولا تنسَ نصيبَكَ من الدُّنيَا** ﴾[5].

---

(١) سورة المائدة آية : ٨٧ .
(٢) سورة البقرة آية : ٢٢٣ .
(٣) متفق عليه .
(٤) سورة المنافقون آية : ٩ .
(٥) سورة القَصَص آية : ٧٧ .

٣ - إشباع الحاجات الصحية وقمع الحاجات غير الصحية :
فالحاجات نوعان : حاجات صحية Healthy needs يساعد إشباعها على نمو الإنسان وارتقائه **نفسيا وجسميا واجتماعيا** ، وحاجات غير صحية unhealthy needs يؤدى إشباعها إلى إيذاء النفس والجسم ، وإفساد العلاقات الاجتماعية ، وهدم القيم .

والحاجات غير الصحية حاجات مكتسبة ، ينشئها الإنسان وينميها بإرادته ، ثم تسيطر عليه ، ولا يقوى على قمعها . من هذه الحاجات : الحاجة إلى الخمور ، والحاجة إلى المخدرات ، والحاجة إلى الحبوب النفسية ، والحاجة إلى الدخان وغيرها من الحاجات التى تنتج عن الإدمان أو الاعتياد النفسي السيىء .

والحاجات الصحية طيبات أحلَّها الله لعباده أما الحاجات غير الصحية فهي خبائث حرمها الله في التوراة والإنجيل والقرآن ، قال تعالى : ﴿ **الذينَ يتبعونَ الرسولَ النبيَّ الأميَّ ، الذي يجدُونَهُ مكتوباً عندهُمْ في التوراةِ والإنجيلِ ، يأمُرهُمْ بالمعروف وينهاهم عن المنكرِ ، ويحل لهم الطيبات ، ويحرمُ عليهم الخبائِثَ ، ويضعُ عنهم إصرَهُم والأغلالَ التى كانتْ عليهِمْ** ﴾[١] .

٤ - إشباع الحاجات الصحية بالحلال وعدم إشباعها بالحرام :
فالإنسان يتعلم إشباع حاجاته ، ويكتسب السلوك الذى يحقق له الاشباع ، فإذا كان هذا السلوك مشروعا كان الإشباع حسنا ، والعمل صالحا للدين والدنيا ، ومفيدا للفرد والمجتمع ، يؤجر عليه صاحبه .

أما إذا كان السلوك غير مشروع كان الإشباع سيئا ، والعمل فسقا وفجورا ، فيه ظلم للفرد ، وفساد للمجتمع ، وتعدى على حدود الله . قال تعالى : ﴿ **أفَمَن كانَ مؤمناً كمنْ كانَ فاسقاً ، لا يستُوونَ . أما الذين آمنوا وعملوا الصالحات فلهم أجرهم عند ربهم ولا خوف عليهم ولا هم يحزنون ، وأما الذينَ فسقُوا فمأْواهُمُ النَّارُ كلَّمَا أرادُوا أن يخْرُجُوا مِنهَا أُعيدُوا فِيهَا وَقِيلَ لهُمْ ذُوقُوا عَذَابَ النَّارِ الَّذِى كُنْتُمْ بِهِ تُكَذِّبُون** ﴾[٢] .

---

(١) سورة الأعراف آية : ١٥٧ .
(٢) سورة السجدة آية : ١٨ - ٢٠ .

وقد لا يتيسر للإنسان إشباع بعض حاجاته الصحية بالحلال ، لنقص في إمكاناته المادية ، فإذا كان مسيطرا عليها أمكنه ضبطها وقمعها ، أو أجّل إشباعها ، وسما بها حتى تتوفر لديه إمكانية الإشباع الحلال ، وذلك أزكى له : قال تعالى : ﴿ **وليستعفِف الذينَ لا يجدُونَ نكاحاً حتى يُغْنِيَهُمْ اللهُ من فضلِهِ** ﴾[١] . وقال الرسول عليه الصلاة والسلام للشباب : « **يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج ، فإنه أغضُّ للبصرِ وأحصنُ للفرج – ومن لم يستطعْ فعليه بالصوم فإنه له وجاء** »[٢] ، أى حماية له إذ يساعد الصوم على إضعاف الدافع إلى الحاجة الجنسية . لكن إذا كان الحرمان من إشباع الحاجة سوف يضر بالإنسان ضررا بليغا أو يودى بحياته ، فله أن يشبعها من حرام إن لم يجد غيره ، ولا إثم عليه :

قال تعالى : ﴿ **فمن اضطر غير باغٍ ، ولا عادٍ فلا إثم عليه إن الله غفورٌ رحيمٌ** ﴾[٣] . ولكن ما دامت وسيلة الإشباع محرمة فهي خبيثة ، ومن ثم يجب الاقتصار منها على الحد الأدنى الذى يرفع خطر الهلاك ، فمن تجاوز هذا الحد أو أقبل عليها راغبا فهو باغ وعاد ، وعليه الإثم طبقا لما أوضحته الآية .

٥ – عدم الإفراط في إشباع الحاجات الصحية : لأن الإفراط في الإشباع – مثل الحرمان منه – يؤذى الإنسان نفسيا وجسميا واجتماعيا . وقد أشرنا إلى أن النهم في الطعام يؤدى إلى التخمة والأمراض والبلادة والكسل ، والمبالغة في طلب الجنس يؤدى إلى الإباحية ، وتحلل المجتمع ، وهتك الأعراض . والإسراف فى الراحة يعوق النشاط والإنجاز ، وكثرة النشاط تؤدى إلى الاجهاد والتعب والضعف .

كذلك الإسراف في إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية يعوق نمو الشخصية ، ويؤثر تأثيرا سيئا على النضوج الاجتماعي والانفعالي . فالعطف الزائد يشعر الطفل بالتدليل ، ويفسد شخصيته ، وكثرة الثناء والمديح قد يشعر الطفل بالغرور ، واللين الزائد يحرم الطفل من اكتساب السلوك المقبول اجتماعيا ، وتلبية جميع رغبات الطفل يجعله أنانيا متمركزا حول ذاته .

---

(١) سورة النور آية : ٣٣ .
(٢) رواه ابن مسعود .
(٣) سورة البقرة آية : ١٧٣ .

فالإفراط في إشباع الحاجات – العضوية وغير العضوية – مثل الحرمان من إشباعها ليس من الصحة النفسية في شيء ، لأنها – أي الصحة النفسية – تقوم على إشباع هذه الحاجات بقدر مناسب ، دون إفراط أوتفريط . وفي ذلك يقول الله تعالى : ﴿ **ولا تجعل يدك مغلولة إلى عنقك ولا تبسطها كل البسط فتقعد ملوما محسورا** ﴾[1] . ووصف سبحانه عباد الرحمن – وهم في قمة الصحة النفسية – بأنهم قوم لا يسرفون ولا يقتّرون على أنفسهم . قال تعالى : ﴿ **والذين إذا أنفقوا لم يسرفوا ولم يقتروا وكان بين ذلك قواما** ﴾[2] .

٦ – **لا يستطيع الإنسان إشباع جميع حاجاته في الحياة** : فليس كل ما يتمناه المرء يدركه ، إما لقصور في الإمكانات المادية والمعنوية ، فيرضى بما تيسر له من نجاح ، أو لضيق في الوقت فيشبع ما يسمح به وقته ويؤجل الأخرى ، أو لتعارض حاجاته فيشبع بعضها ويترك البعض الآخر ، أو لرغبته في إعلاء بعض حاجاته فيؤجلها بعض الوقت .

وهكذا نجد أن الحياة لا تسمح للإنسان بتحقيق جميع أهدافه ، وعليه أن يوطن نفسه على ذلك ، فيثابر ويضاعف من جهوده ، وينّوع سلوكه ، ويعدل أهدافه ، ويؤجل بعض حاجاته أو يقمعها في سبيل تحقيق أهداف أخرى أفضل منها من الناحية الدينية والاجتماعية والنفسية والجسمية . ولكي ينمو الإنسان صحيحا نفسيا عليه أن يتعود على مواجهة الإحباط من وقت لآخر ليكتسب الخبرات . وتنمو مهاراته ، وتنضج شخصيته ، وتتنوع أساليب توافقه مع نفسه ومع البيئة .

---

(١) سورة الاسراء آية : ٢٩ .

(٢) سورة الفرقان آية : ٦٧ .

الفصل الثالث

سيكلوجية التوافق

- تمهيد .
- تحليل عمليات التوافق .
- عوائق التوافق .
- الإحباط .
- الصراع النفسي .
- القلق .
- الحيل النفسية الدفاعية .
- تقويم التوافق .

أعد هذا الفصل الدكتور كمال إبراهيم مرسى

تمهيـــد

نقصد بالتوافق التحرر من توتر الحاجة ، والشعور بالارتياح بعد تحقيق الهدف . فالشخص عندما يشعر بالجوع يتناول الطعام ، فيخف دافعه ، ويشعر بالارتياح ، وعندما يتعب يسعى إلى الحصول على قسط من الراحة . وقد يرغب في زيارة صديق فيذهب إليه ، ويلتقي به ، أو يرغب في شراء ثوب جديد فيذهب إلى السوق ويشتريه ، أو يرغب في النجاح والتفوق في الدراسة ، فيُجِدّ ويجتهد حتى يؤدى الاختبارات ويحصل على الدرجات العالية ، أو يرغب في الترقي في عمله فيثابر حتى يحصل على الترقية ، أو يرغب في إرسال خطاب إلى أهله فيكتبه ويدفع به إلى البريد . وهكذا تمضي حياة الإنسان في سلسلة من التوافقات بالليل والنهار ، بعضها توافقات بسيطة ، تتحقق أهدافه فيها بسهولة ويسر ، وبعضها الآخر توافقات صعبة تواجهه فيها العوائق ، ويتعرض للإحباط والصراع والقلق والحيل النفسية الدفاعية .

ونتناول في هذا الفصل تحليل عملية التوافق ، ثم نناقش العوائق ، وما قد ينتج عنها من إحباط وصراع وقلق وحيل نفسية دفاعية .

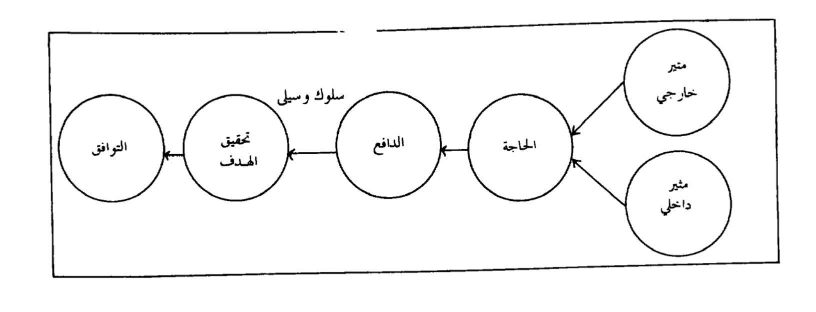
تحليل عمليات التوافق

كل شخص منذ أن يولد إلى أن يتوفاه الله وهو في نشاط دائب وعمل مستمر ، من أجل تحقيق أهدافه ، وإشباع حاجاته العضوية والنفسية والاجتماعية ، وعندما يصل إلى هدف تنشأ أهداف أخرى ، وعندما يشبع حاجة تظهر حاجات غيرها ، وهكذا لا يكاد يتوافق مع موقف حتى يسعى إلى التوافق مع موقف آخر .

ويختلف توافق الشخص من موقف إلى آخر بحسب خبراته السابقة بالموقف والهدف المطلوب تحقيقه ، ففي المواقف البسيطة يتوافق معها بسهولة ، لأنه يصل إلى هدفه بجهد قليل ، وباستجابات تعوّد عليها ، وألف أداءها (١) . والشكل

---

(١) يحدث التوافق السهل فى مواقف كثيرة فى حياتنا اليومية، فكل شخص يستيقظ من نومه ، ويغتسل أو يتوضأ ويصلي ، ويتناول الإفطار ، ويذهب إلى عمله أو إلى مدرسته ، ويعود إلى بيته ، ويزور أصدقاءه أو يذهب إلى النادى أو المسجد أو السوق ، ويشاهد التلفزيون ، ويقرأ الجريدة ، وعندما يتعب يغلبه النعاس فينام ليستيقظ من جديد ، ويبدأ سلسلة من الأنشطة التوافقية لمواقف يومية جديدة وهى أنشطة تعودنا عليها وألفناها ، ونؤديها بشكل روتيني لا نشعر فيه بجهد كبير .



(شكل رقم ٣ - ١) رسم توضيحي للتوافق السهل

رقم(٣ - ١) يبين رسماً توضيحياً لعملية التوافق البسيط ونجد فيه أن الحاجة التي نشأت من مثير خارجي أو داخلي أدت إلى دفع الشخص لأن يسلك فيصل إلى هدفه مباشرة ، ويسد حاجته بدون جهد أو بجهد بسيط .

أمّا المواقف التي فيها عوائق فإن الشخص يتوافق معها بصعوبة ، لأنه يحتاج إلى زيادة جهوده ، وتعديل استجاباته لإزالة العوائق من طريقه ، أو تعديل هدفه أو تبديله حتى يستطيع تحقيقه ، وقد لا ينفع هذا ولا ذاك فيترك هدفه ، ويزيل حاجته أو يلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية .

والشكل رقم (٣ - ٢) يبيّن رسماً توضيحياً لعملية التوافق الصعب ، ونجد فيه أن الحاجة التي نشأت عن مثير داخلي أو خارجي دفعت الشخص ليعمل على تحقيق هدفه ، وجعله العائق ينوع في أساليب مواجهة الموقف والتي منها :-

١ - زيادة الجهد والتغلب على العائق .

٢ - تعديل السلوك بما يساعد على تجاوز العائق .

٣ - تعديل الهدف أو تبديله بهدف آخر يمكن تحقيقه .

٤ - تأجيل تحقيق الهدف لحين تحسّن الظروف ، وتوفر إمكانية إزالة العائق أو تجاوزه .

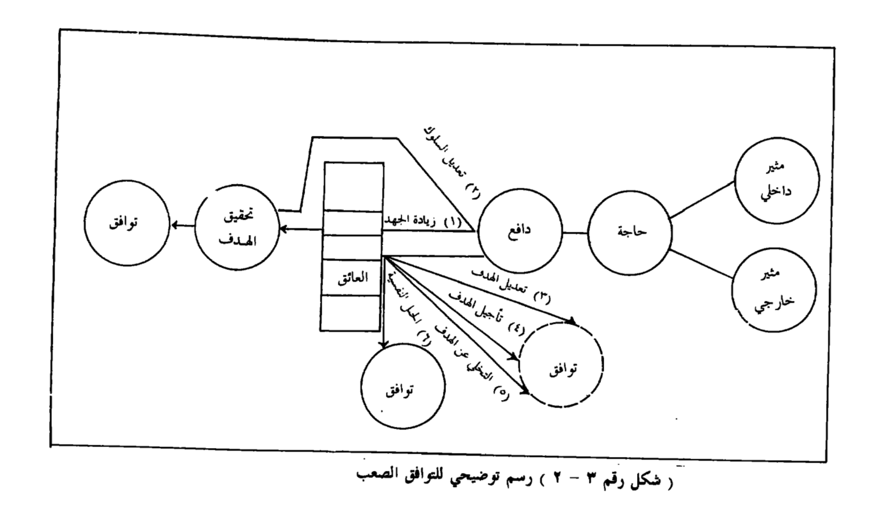
٥ - التخلي عن الهدف نهائياً بإزالة الحاجة وخفض الدافع وقبول الأمر الواقع .

٦ - الشعور بالفشل والإحباط والقلق واللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية .

ولتوضيح عملية التوافق نسوق المثال التالي :-

رغب الشاب (س) في الزواج من الفتاة (ص) ، وتقدم لخطبتها ، ووافق أهله وأهلها ، وتم الزواج بدون عقبات ، أي تحقق الهدف بسهولة وبالأساليب المألوفة والمتعارف عليها .

أما إذا تقدم (س) لخطبة (ص) ورفض أبوها ، هنا ظهر عائق في الموقف ، يحبس (س) عن تحقيق هدفه ، ويمنعه من الزواج من (ص) . فلو كان رفض والد (ص) شديداً ، ورغبة (س) في الزواج غير قوية ، غيّر (س) هدفه إلى الزواج من فتاة أخرى تقبله أسرتها ، وأشبع رغبته في الزواج



(شكل رقم ٣ - ٢) رسم توضيحي للتوافق الصعب

بسهولة ، وكان توافقه سهلاً وبأسلوب مألوف . أما إذا كان رفض والد (ص) مصاهرة (س) لأسباب بسيطة - عائق ضعيف - وكانت رغبة (س) في الزواج من (ص) قوية ، سعى (س) إلى إزالة أسباب الرفض - إزالة العائق - وتزوج (ص) وحقق هدفه ، وتوافق مع الموقف بعد جهد بسيط .

لكن إذا كان والد (ص) مصراً على الرفض - عائق قوى - ورغبة (س) في الزواج من (ص) قوية - دافع شديد - كان توافق (س) صعباً بسبب قوة العائق وشدة الدافع ، وعليه في هذه الحالة مواجهة الموقف مواجهة مباشرة إمّا : (١) بزيادة جهوده في الحصول على موافقة والد (ص) - إزالة العائق - أو (٢) الزواج من (ص) سراً بدون علم أبيها - تحايل على العائق - أو (٣) تأجيل الزواج من (ص) لحين زوال أسباب رفض أبيها - تأجيل الحصول على الهدف - أو (٤) الزواج من فتاة أخرى غير (ص) - تغيير الهدف - أو (٥) الانصراف عن الزواج نهائياً - إلغاء الهدف وقمع الحاجة ، (٦) فإذا لم ينجح (س) في إقناع والد (ص) ، وفشل في الحصول على موافقته ، وإذا لم ينجح في تعديل رغبته أو في إلغائها شعر بالإحباط ، الذى يسبب له الحسرة والألم والقلق ، وقد يدفعه إلى استعمال الحيل النفسية الدفاعية .

يتضح من هذا المثال أن التوافق يكون سهلاً في المواقف التي ليس فيها عوائق ، أو التي فيها عوائق بسيطة يسهل التغلب عليها ، أو التي فيها الرغبة في الهدف ضعيفة يمكن تعديلها أو تغييرها أو التخلي عنها . في حين يكون التوافق صعباً عندما تكون الرغبة في الهدف شديدة والعائق قوياً ، حيث يصعب التخلي عن الهدف أو تعديله أو تغييره ، ويتعذر التغلب على العائق أو - التحايل عليه . وهذا يعني أن صعوبة التوافق في موقف ما هي نتاج التفاعل بين قوة العائق وشدة الدافع .

عوائق التوافق

يحبس الإنسان عن تحقيق أهدافه ويمنعه من إشباع حاجاته عوائق كثيرة ، بعضها داخلي يرجع إلى الإنسان نفسه ، وبعضها الآخر خارجي يرجع إلى البيئة التي تعيش فيها . من أهم هذه العوائق الآتي :-

١ - **العوائق الجسمية** : ونقصد بها بعض العاهات والتشوهات الجسمية ، ونقص الحواس التي تحول بين الفرد وأهدافه . فضعف القلب وضعف البنية قد يعوقا الطالب عن مشاركة زملائه في النشاطات الرياضية والترفيهية ، وقبح المنظر قد يعوق الشخص عن الزواج وتكوين الأصدقاء ، وضعف الإبصار قد يعوق الطالب عن الإلتحاق بالكليات العسكرية وغيرها من الكليات التي تشترط سلامة الإبصار (نجاتي ، ١٩٨٣) .

٢ - **العوائق النفسية** : ونقصد بها نقص الذكاء أو ضعف القدرات العقلية والمهارات النفسحركية psychomotor skills أو خلل في نمو الشخصية ، والتي قد تعوق - الشخص عن تحقيق أهدافه ، فقد يرغب الشخص في التفوق الدراسي ويمنعه ذكاؤه المحدود ، وقد يرغب في الإلتحاق بكلية الهندسة ويعوقه ضعفه في الرياضيات ، وقد يرغب في الإلتحاق بكلية الطب ويمنعه تحصيله الدراسي المتواضع ، وقد يرغب في أن يكون عضواً بارزاً في مجتمعه ويمنعه خجله الزائد أو عيوب نطقه أو خوفه من مواجهة الناس .

ومن العوامل النفسية التي تعوق الشخص عن تحقيق أهدافه الصراع النفسي الذى ينشأ عن تناقض أو تعارض أهدافه ، وعدم قدرته على المفاضلة بينها واختيار أي منها في الوقت المناسب . فقد يرغب الطالب في دراسة الطب والهندسة ولا يستطيع أن يفاضل بينهما ، فيقع في صراع نفسي قد يمنعه من الإلتحاق بأي من الدراستين في الوقت المناسب . والفتاة التي يتقدم لها شخصان كل منهما جذاب ، وذو مستقبل باهر ، ولكل منهما مميزات حسنة ولا تستطيع المفاضلة بينهما ، وتعيش في صراع نفسي قد يفوّت عليها الخطبة لأي منهما ، وتشعر بالفشل والإحباط (نجاتي ، ١٩٨٣) .

٣ - **العوائق المادية والاقتصادية :** يعتبر نقص المال وعدم توفر الإمكانات المادية عائقاً يمنع كثيراً من الناس من تحقيق أهدافهم في الحياة ، وقد يسبب لهم الشعور بالإحباط ، لذا اعتبر الإمام علي الفقر عدواً للإنسان وقال : « لو كان الفقر رجلاً لقتلته » باعتباره عائقاً قوياً يمنع الفقراء من إشباع حاجاتهم الأساسية ، ويسبب لهم الكدر والألم . ويعتبر نقص المال عائقاً يمنع كثيراً من الشباب من تحقيق أهدافهم في التعليم والزواج والعمل ، أو الحصول على المسكن والسيارة وغير ذلك .

٤ - **العوائق الاجتماعية :** ونقصد بالعوائق الاجتماعية القيود التي يفرضها المجتمع - في عاداته وتقاليده وقوانينه لضبط السلوك وتنظيم العلاقات - وتعوق الشخص عن تحقيق بعض أهدافه . من هذه العوائق منع الوالدين أبنائهما من إشباع بعض رغباتهم تأديباً وتربيته ، ومنع الطالب من الإلتحاق بالكلية التي يرغب فيها بسبب انخفاض معدله في الثانوية العامة .

وقد تمنع القوانين و العادات والتقاليد شاباً من الزواج من الفتاة التي يحبها ، وقد يؤدى غلاء المهور إلى انصراف كثير من الشبان عن الزواج ، ويؤدى الموت والطلاق إلى حرمان الطفل من والديه أو احدهما .

العوائق والصحة النفسية :

العوائق البسيطة التي نتعرض لها في حياتنا اليومية مفيدة ، لأنها تجعل الشخص يثابر ويستمر في بذل الجهد ، وتدفعه إلى تحسين سلوكه أو تعلم سلوك جديد ، يمكنه من التغلب على العائق ، أو تجعله يغير هدفه أو يعدله أو يؤجله ، ويكتسب من هذه الإجراءات خبرات كثيرة ، تساعد على نضوج شخصيته إجتماعياً وانفعالياً ومعرفياً .

يؤيد هذا نتائج الدراسات على الأطفال المدللين ، الذين تلبى جميع رغباتهم بسرعة ، وتشبع حاجاتهم بسهولة ، وتتحقق طلباتهم بدون عقبات ومصاعب ، فقد تبيّن من هذه الدراسات أن التدليل أفسد نموهم النفسي ، وأدى إلى شعورهم بالنقص والإتكالية ، وزكّا فيهم الكسل وعدم الرغبة في بذل الجهد ، وأضعف عندهم الحس الإجتماعي Social Sense ، وعوّدهم على الإشباع المباشر لرغباتهم ، مما أدى إلى سوء توافقهم في المدرسة ومع الأقران ، وجعلهم يشعرون بالإحباط أمام العوائق السهلة (Adler , 1961) .

لذا من الضروري أن يتعود الإنسان منذ صغره على مواجهة العوائق ، حتى يدرك أن الحياة ليست سهلة ، وأن تحقيق الأهداف وإشباع الحاجات يحتاج إلى جهد ومثابرة ، وأن بعض الحاجات يمكن إشباعها والبعض الآخر يمكن تأجيله أو التخلي عنه ، وبذا يتعود على الحياة العادية ، ويُحَسِّن أساليبه التوافقية ، ويكتسب الخبرات التي تنمّي قدراته ، وتصقل شخصيته ، وبالتالي يشعر بالصحة النفسية .

ولكي يكون وجود العوائق مفيداً في عمليات التربية والتنشئة الاجتماعية في البيت والمدرسة يجب مراعاة الآتي :-

١ - مساعدة الشخص على وضع أهداف مناسبة لقدراته وإمكاناته المادية والاجتماعية ، حتى لا تكون طموحاته أعلى من قدراته وإمكاناته .

٢ - تشجيعه على مواجهة العوائق بأساليب توافقية مباشرة ، فيضاعف جهوده بثقة ، وينوّع سلوكه ، ويُحَسِّن ويُعَدِّل أهدافه حتى تكون قابلة للتحقيق .

٣ - حُسْن إختيار العوائق التي نضعها أمام الطالب في المدرسة والطفل في البيت ، بحيث يكون معظمها قابلاً للحل ، ويمكن التغلب عليه بشيء من الجهد ، وتعلم خبرات جديدة .

ومن العوائق التي يضعها المدرس أمام تلاميذه الواجبات التي يكلفهم بها ، وأسئلة الإمتحانات التي يطلب منهم الإجابة عليها - ولكي تكون هذه العوائق مفيدة في موقف التعلم يجب ألا تكون سهلة جداً ولا صعبة جداً ، لأنّ الأسئلة السهلة ينجح فيها الطالب بدون جهد ، ولا تدفعه لاكتساب معلومات جديدة والأسئلة الصعبة جداً تشعره بالعجز والفشل والإحباط ، أما الأسئلة المتوسطة الصعوبة فيجتازها بشيء من الجهد والمثابرة .

٤ - الأخذ بيد الطالب إذا فشل في حل سؤال أو علاج مشكلة ، حتى لا ينسحب ويهرب من الموقف أو يلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية . ويجب أن يكون تدخل الأب أو المدرس للمساعدة في الوقت المناسب بعد أن يكون الطالب قد حاول بنفسه حل المشكلة .

٥ – مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب فنختار لكل طالب العوائق التي تجعله يدرك تنوعها ، ويفهم أن بعضها يمكنه حله بسهولة ، وبعضها الآخر يحتاج إلى مثابرة وبذل الجهد ، وبعض ثالث منها لا يستطيع التغلب عليه ، وعليه أن يقبل تغيير أهدافه أو تعديلها أو التخلي عنها .

الإحبـــاط

يحدث الإحباط Frustration عندما يكون الشخص مهيئاً لتحقيق هدف ومستعداً لعمل ما يوصله إليه ثم يجد عائقاً يمنعه من أداء العمل أو يعوقه عن تحقيق هدفه (Dollard, et al, 1968) . فعندما يشعر الإنسان بحاجة قوية ، ويستعد لتحقيق ما يشبعها ، فإن مُنع من ذلك شعر بالتوتر والضيق ، وإذا لم يستطع إزالة العائق بالأساليب التوافقية المباشرة ، واستمرت رغبته قوية في الهدف ، زاد توتره وضيقه وشعر بالألم والحسرة، وأدرك العجز والفشل وحط من قدر نفسه Self Evaluation وانتابه القلق .

فالإحباط مجموعة مشاعر مؤلمة [1] تنتج عن عجز الإنسان عن الوصول إلى هدف ضروري لإشباع حاجة ملحة عنده .

عتبـة الإحبـاط :

يختلف الناس في الشعور بالإحباط وفي القدرة على تحمله بحسب عتبة الإحباط Frustration Threshold التي توجد عندهم بدرجات متفاوتة (Maier , 1959) فهي موجودة عند بعضهم بدرجات منخفضة أو منخفضة جداً ، وعند البعض الآخر بدرجات متوسطة أو عالية .

فالشخص ذو عتبة الإحباط المنخفضة يشعر بالإحباط بسرعة ويدركه في مواقف كثيرة ، قد لا تسبب الإحباط لكثير من الناس ، ولا يقدر هذا الشخص على تحمل مشاعر الإحباط ولا يتخطاها بسهولة ، ويستسهل اللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية لتخفيف هذه المشاعر ، وقد يستغرق في حيله فترات طويلة ويكتفي بتخفيف مشاعر الإحباط ، ولا يواجه أسبابها مواجهة حقيقية .

---

(١) من المشاعر المؤلمة في موقف الإحباط التوتر والكدر والقلق والشعور بالذنب والشعور بالعجز والدونية .

أمّا الشخص ذو عتبة الإحباط المتوسطة أو العالية لا يشعر بالإحباط إلّا في المواقف الصعبة التي فيها عوائق شديدة ، ويقدر على تحمل مشاعر الإحباط ، ويتخطاها بسهولة ، ولا تمنعه من مواجهة العوائق بأساليب مباشرة ، ولا يلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية بسرعة ، وإذا لجأ إليها لا يستغرق فيها فترة طويلة ، إذ سرعان ما يعود إلى مواجهة العوائق بأساليب مباشرة وَيُحَسِّن من إستجاباته ويُعَدِّل من أهدافه حتى يمكن تحقيقها أو التخلي عنها .

ويتحدد مستوى عتبة الإحباط عند الإنسان من التفاعل بين معطياته الفطرية وظروف تنشئته الإجتماعية خاصة في مرحلة الطفولة ، فكل شخص – كما يقول ايزنك – عنده درجة ما من الاستعداد الفطرى للشعور بالإحباط Genetically Tendency to Frustration ثم تأتي الظروف البيئية فتنمّي هذا الاستعداد [1] أو لا تنمّيه (Eysenck , 1965) . ففي الظروف البيئية السيئة التي يشعر فيها الشخص بالحرمان والقسوة والنبذ ينمو الاستعداد للشعور بالإحباط وتنخفض عتبة الإحباط ، فيشعر به بسرعة ولا يقدر على تحمله ، أما في الظروف البيئية الحسنة التي يشعر فيها الشخص بالأمن والطمأنينة والتقبل ، ويحصل على إشباع لمعظم حاجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية لا ينمو عنده الاستعداد للشعور بالإحباط ، وترتفع عنده عتبة الإحباط ، فلا يشعر به إلّا في المواقف الصعبة ، ويقدر على تحمله ومواجهته بأساليب إيجابية فعالة .

ونخلص من هذا إلى أن درجة الإحباط والقدرة على تحمله في موقف ما تحددها خمسة عوامل رئيسية هي : ١ – مستوى عتبة الإحباط . ٢ – قوة العائق . ٣ – شدة الرغبة في الهدف . ٤ – عدم وجود هدف بديل . ٥ – خبرات الإحباط السابقة .

ويُعتبر مستوى عتبة الإحباط أهم هذه العوامل لأنها هي التي تحدد قوة العائق ، وشدة الرغبة في الهدف ، وهي التي تعكس خبرات الإحباط السابقة .

---

(١) العلاقة بين الإستعداد للإحباط وعتبة الإحباط علاقة عكسية فإذا ارتفع الاستعداد انخفضت العتبة وإذا انخفض الاستعداد ارتفعت العتبة .

نتائج الإحباط :

اختلف الباحثون في تحديد استجابة الإنسان للإحباط ، فافترض بعضهم أن الإحباط يؤدى إلى العدوان، وافترض آخرون أن الإحباط يؤدى إلى النكوص وافترض غيرهم أن الإحباط يؤدى إلى أنماط سلوكية مختلفة . ونناقش فيما يلي هذه الفروض الثلاثة في ضوء نتائج الدراسات التي أجريت للتحقق من صحتها :

١ - **الإحباط يؤدى إلى العدوان** : فقد بحث دولارد وزملاؤه - بقسم علم النفس بجامعة أيوا الأمريكية - علاقة الإحباط بالعدوان وبعد عشرين سنة من البحث والتقصي تبيّن لهم أنه حيثما يحدث الإحباط يظهر العدوان ، فالإحباط يسبق العدوان والعدوان يتبع الإحباط دائماً ، فافترضوا أن الإحباط يؤدى إلى العدوان، وأشاروا في نظرية الإحباط - العدوان Frustration - Aggression Theory إلى أن الإحباط سبب للعدوان والعدوان نتيجة للإحباط[١] .

فعندما يحبط الإنسان تتولد عنده الرغبة في العدوان على مصدر الإحباط ، وهذا يعني أن العدوان إستجابة فطرية Innate Response للإحباط ، أو هو أسلوب عادى للتوافق في مواقف الإحباط والتوتر والقلق (Dollard, et al., 1968) .

ومن فروض هذه النظرية الآتي :-

(أ) يؤدى الإحباط إلى صور مختلفة من العدوان، فحيثما وجد إحباط ظهر العدوان بدرجة ما . فالعدوان يتبع الإحباط دائماً ويأخذ أشكالاً عديدة منها الصريح ومنها غير الصريح .

(ب) يتوقف مقدار العدوان المثار Instigation Aggression على درجة الإحباط ، فكلما زاد الشعور بالإحباط زادت الرغبة في العدوان واشتد السلوك العدواني .

---

(١) أرجع بعض الباحثين زيادة معدلات الجريمة والجناح عند أبناء المناطق المتخلفة وأبناء الأسر الفقيرة والأسر الكبيرة الحجم إلى ما يعانونه من إحباط في إشباع حاجاتهم بسبب الفقر الذى يعوقهم عن إشباع حاجاتهم الجسمية ، وسوء المعاملة والنبذ من الوالدين الذي يحرمهم من الأمن والطمأنينة ، والفشل في الدراسة الذى يحرمهم من الحصول على المكانة الاجتماعية ومن الشعور بتقدير الذات .

فمنع الشخص من تحقيق هدف مهم بالنسبة له يثير فيه الرغبة في العدوان أكثر من منعه من تحقيق هدف غير مهم حيث تعتبر شدة الرغبة في الهدف المحبط مسئولة إلى حد كبير عن إثارة العدوان .

(جـ) يؤدى العدوان على مصدر الإحباط إلى تفريغ الطاقة النفسية ، ويخفض إثارة العدوان ، فيعود التوازن الداخلي . وهذا يعني أن التخلص من الطاقة العدائية لا يكون إلّا بالعدوان الفعلي على مصدر الإحباط .

(د) زيادة الرغبة في العدوان على مصدر الإحباط يضعف الرغبة في الأعمال غير العدائية ، لأن تصريف الطاقة النفسية في العدوان يقلل الطاقة النفسية المرتبطة بالدوافع غير العدوانية ، مما يضعف الرغبة في التعاون مع الآخرين، حيث يلاحظ عدم رغبة الشخص المحبط في التعاون مع غيره .

(هـ) قد يكبت الشخص عدوانه ولا يفصح عنه إذا أدرك أنه إذا اعتدى إنتُقِمَ منه بعدوان أشد . ولا يعني كبت العدوان التخلص منه بقدر ما يعني أن السلوك العدواني قد قُنّع أو أخذ أشكالاً جديدة لا تعرض صاحبها للإنتقام منه . فقد لا يعتدى الشخص على مصدر إحباطه ، ويعتدى على مصادر أخرى أو يعتدى على نفسه ، إذا اعتبرها مسئولة عما حدث له من إحباط فيلومها بدلاً من أن يلوم الآخرين .

وتوجيه العدوان إلى الذات ضار بالصحة النفسية ، خاصة إذا اشتد لوم الذات وتحقيرها ، وقد يحكم الشخص عليها بالموت ويُقْدِم على الانتحار . وهذا ما يحدث عند بعض حالات الفصام والاكتئاب التي تبالغ في الحط من قدر ذواتها ، وتقسو عليها ، وتعمل على تعذيبها وقتلها .

(و) إذا مُنع الشخص المحبط من التعبير عن عدوانه شَعُر بإحباط جديد ، لأن منع العدوان يعتبر إحباطاً يزيد الإثارة والتوتر ، وينمي الرغبة في العدوان ، فيشتد إلحاحها ، مما يجعل الشخص مهيأ للعدوان الصريح أو غير الصريح لأية إثارة بسيطة من البيئة .

(ز) قد يقع الشخص في صراع بسبب الإحباط إذا تساوت رغبته في العدوان على مصدر الإحباط مع رغبته في كبت هذا العدوان ، ويحل هذا الصراع عادة بتغليب إحدى الرغبتين على الأخرى ، فإذا لم يستطع شعر بإحباط جديد .

ومن الملاحظ أن نظرية « الإحباط – العدوان » أصابت في تفسير العدوان الناتج عن الإحباط . فقد تبين صدق بعض فروضها في دراسات كثيرة ، أشارت نتائجها إلى أن العدوان يظهر في بعض مواقف الإحباط .

لكن مما يؤخذ على هذه النظرية ربطها بين الإحباط والعدوان على أساس العلة والمعلول ، وافتراضها أن الإحباط سبب للعدوان ، وإرجاعها كل عدوان إلى الإحباط . فقد تبين من دراسات كثيرة أن العدوان لا يتبع الإحباط دائماً . فالشخص قد يعتدى بعد الإحباط المتعمد ولا يعتدى بعد الإحباط غير المتعمد . فمثلاً إذا كان أحمد على وشك الإنتهاء من كتابة تقرير هام ، استغرق منه وقتاً طويلاً وجهداً كبيراً ، ثم جاء عصام وسكب كوب ماء على التقرير أتلف أوراقه ، شعر أحمد بالإحباط ، عندئذ تظهر رغبته في العدوان على عصام إذا أدرك أن عصام تعمد سكب الماء قاصداً إتلاف التقرير ، أما إذا أدرك أن الماء سكب من عصام دون قصد منه ، فإنه يتقبل الإحباط ويتحمله ولا يُظْهر العدوان . وهذا يعني أن الإحباط لا يؤدى إلى العدوان في جميع الأحوال .

كما تبين من دراسات أخرى أن الإنسان قد يُحبط ولا يعتدى ، وقد يعتدى بدون إحباط ، فقد لا يعتدى الشخص المحبط إذا خاف من الإنتقام ، أو إذا لم يستطع تحديد مصدر إحباطه ، أو إذا غيّر أهدافه بأهداف أخرى . في حين يعتدى قاطع الطريق على المارة وهم لم يسببوا له الإحباط . مما يدل على أن الإحباط ليس سبباً للعدوان ، وليس العدوان نتيجة للإحباط في كل الأحوال كما زعمت نظرية « الإحباط – العدوان » (مرسى ، ١٩٨٣) .

وهذا ما جعلنا نرفض العلاقة السببية بين الإحباط والعدوان ، ونتفق مع بركويتز Birqueets على أن الإحباط إما أن يؤدى إلى الغضب أو لا يؤدى إليه بحسب تفسير الشخص المحبط لموقف الإحباط . فإذا غضب أصبح مهيئاً للعدوان فإن أنس في نفسه القدرة على العدوان ، وأمن عدم الإنتقام منه اعتدى عدواناً صريحاً ، أما إذا خاف الإنتقام لجأ إلى العدوان الضمني غير الصريح . فالعلاقة بين الإحباط والعدوان علاقة معقدة وليست علاقة علة بمعلول .

٢ – **الإحباط يؤدى إلى النكوص** : فقد بحث بوركر ودمبو وليفين Borker, Dembo & Lewin سلوك الإنسان في مواقف الإحباط ووجدوا أنه

سلوك غير ناضج ، فيه ارتداد إلى أساليب توافقية سابقة غير مناسبة ، فوضعوا نظرية « الإحباط – النكوص » « Frustration – Regrssion Theory » ، افترضوا فيها أن الإحباط يؤدى إلى النكوص في السلوك ، والتدهور في التفكير والارتداد إلى أساليب سلوكية غير ناضجة . فعندما يحبط الشخص يشعر بالتوتر والضيق والكدر ، ويتدهور تفاعله الاجتماعي ، ويرفض التعاون ، ويقل إقباله على الأعمال البناءة ، ويضعف فهمه للموقف ، وينغلق تفكيره ، ويلجأ إلى أساليب توافقية غير مناسبة لسنه ولا للموقف (Davitz, 1968) .

وقد أيدت دراسات صحة فروض هذه النظرية ، لكن مما يؤخذ عليها أن الإحباط لا يؤدى إلى النكوص والارتداد عند جميع الناس ، فبعض الأشخاص يستجيبون للإحباط بالنكوص وبعضهم الآخر لا يلجأون إلى هذا السلوك ، كما أن الشخص لا يستجيب للإحباط بالنكوص في جميع المواقف ، ففي بعض المواقف يظهر النكوص وفي بعضها الآخر يظهر عكس النكوص ، فيقدم ويثابر ويزيد من جهوده حتى يحقق أهدافه ويتخطى العقبات ، وهذا ما يجعل نظرية « الإحباط – النكوص » ليست أحسن من نظرية « الإحباط – العدوان » في التنبؤ بسلوك الشخص المحبط . فكلاهما فسر نوعاً واحداً من السلوك ينتج عن الإحباط ، فالإحباط قد يؤدى إلى العدوان أو إلى النكوص ، وقد لا يؤدى إلى أي منهما ، ويؤدى إلى سلوكيات أخرى .

٣ – **الإحباط يؤدى إلى أنماط سلوكية مختلفة** : من الملاحظ في حياتنا اليومية أن استجابة الناس للإحباط تختلف من شخص إلى آخر ، وتختلف عند الشخص الواحد من موقف إلى آخر . وهذا ما يجعلنا نفترض مع كثير من الباحثين أن الإحباط يؤدى إلى استجابات كثيرة ، فقد يؤدى إلى المثابرة وبذل الجهد ، أو إلى تغيير الهدف وتعديل السلوك ، أو إلى الغضب والعدوان ، أو إلى النكوص وتفكك السلوك ، أو إلى أعراض نفسجسمية مثل القيء والصداع والإسهال ، أو إلى اللامبالاة والتخلي عن الهدف ، أو إلى القلق والتوتر والحيل النفسية الدفاعية .

ومن الصعب التنبؤ بسلوك الإنسان بعد الإحباط Post-frustion لأن استجابته تتوقف على تفاعله مع موقف الإحباط ، وهذا التفاعل لا يمكن تحديده لأنه يحدث داخل الإنسان ، ولا توجد الأشعة السينية التي تمكننا من الكشف عنه .

ومع هذا يمكن تحديد بعض العوامل التي تؤثر على استجابة الشخص للإحباط وتجعلنا نتوقع الإستجابة المحتملة في هذا الموقف . من هذه العوامل الآتي :

(أ) **الحالة الصحية العامة** : فالشخص القوى يحتمل أن يظهر العدوان أكثر من الضعيف ، والشخص الضعيف يحتمل أن يظهر النكوص والإنسحاب وعدم النضوج أكثر من الشخص القوى .

(ب) **سمات الشخصية** : الشخص الانبساطي يحتمل أن يظهر العدوان أكثر من الانطوائي ، والشخص الانطوائي يحتمل أن يظهر النكوص والعدوان غير الصريح أكثر من الانبساطي .

(ج) **الخبرات السابقة** : الشخص الذى يشعر بالنبذ وعدم التقبل يحتمل أن يستجيب للإحباط بالعدوان الصريح وغير الصريح أكثر من الشخص الذى يشعر بالتقبل والحب من الآخرين . ففي دراسة على ٤٠ طفلاً في سن من ٧ - ٩ سنوات قسموا إلى عشر مجموعات متجانسة في السن والجنس ، ودربت خمس مجموعات منها تحت ظروف إظهار العدوان ، والخمس الباقية تحت ظروف إظهار التعاون ، ثم تعرضت المجموعات العشر للإحباط ، فأظهرت المجموعات الخمس الأولى العدوان أكثر من المجموعات الخمس الأخرى . (Davitz, 1968)

(د) **الجنس** : يحتمل أن تظهر البنت النكوص والانسحاب وعدم النضج أكثر من الولد في حين يحتمل أن يظهر الولد العدوان الصريح وغير الصريح أكثر من البنت في مواقف الإحباط .

(هـ) **عتبة الإحباط** : الشخص الذى يستطيع تحمل الإحباط (عتبة الإحباط عالية) يحتمل أن يظهر المثابرة وبذل الجهد ومواجهة الموقف بسلوك إيجابي بناء أكثر من الشخص الذى لا يحتمل من الإحباط إلّا قدراً بسيطاً (عتبة الإحباط منخفضة) .

(و) **تفسير الموقف** : الشخص الذى يدرك أن إحباطه مقصود ومتعمد يحتمل أن يظهر العدوان الصريح وغير الصريح أكثر من الشخص الذى يدرك أن إحباطه غير مقصود . كما أن الشخص الذى يتوقع الإنتقام منه إن اعتدى يحتمل أن

يظهر العدوان غير الصريح أو يظهر النكوص . فمن دراسة لمورر Mowrer على طفل كان يعض ويضرب ويشد شعر الآخرين ، وعندما عوقب بشدة كبت عدوانه ، ورفض حتى قضم الأطعمة الصلبة (Dollard et al., 1968) .

(ز) **شدة الرغبة في الهدف** : الشخص الذي يحبط في تحقيق أهداف أساسية وضرورية بالنسبة له يحتمل أن يظهر المثابرة والاستمرار في بذل الجهد والعدوان أكثر من الشخص الذى يحبط في تحقيق أهداف ليست ضرورية بالنسبة له .

(ح) **الحالة المزاجية** : الشخص الغاضب يحتمل أن يظهر العدوان الصريح أكثر من الشخص الخائف ، والشخص الخائف يحتمل أن يظهر النكوص والارتداد والتثبيت والانسحاب أكثر من الشخص الغاضب .

علاقة الإحباط بالصحة النفسية :

تختلف علاقة الإحباط بالصحة النفسية بحسب مستوى الإحباط ومرات حدوثه، فعندما يتعرض الشخص للإحباط الخفيف (١) Mild Frustration يزيد جهده ، ويثابر من أجل إزالة العائق والتحايل عليه ، أو يعدل أهدافه أو يؤجلها أو يغيرها بأهداف يمكنه تحقيقها . وهذا المستوى من الإحباط مفيد من وجهة نظر الصحة النفسية ، لأنه يدفع الشخص إلى تنمية قدراته ، وتحسين استجاباته وأساليب توافقه ، ويشجعه على اكتساب الخبرات الجديدة ، ويساعده على تنمية الحاجة للإنجاز والمثابرة والثقة بالنفس ، وكلها سمات طيبة في الشخصية نحرص على تنميتها عند أبنائنا .

يضاف إلى هذا أن نجاح الشخص في تحقيق أهدافه بعد جهد ومثابرة يُمتِعه ويُرضيه نفسياً أكثر من تحقيقها بسهولة ويسر ، لأن المثابرة على بذل الجهد فيها تحد لقدراته ، وإثبات لكفاءته ، واكتساب للخبرات الجديدة .

من هنا يتفق علماء الصحة النفسية على ضرورة تعويد أطفالنا من الصغر على تحمّل الإحباط ، ومواجهة العوائق والصعوبات بأساليب مباشرة بناءة ،

---

(١) نقصد بالاحباط الخفيف الاحباط الذى يحتمله الشخص ويستطيع التخلص منه بشيء من الجهد ، ولا يؤدى إلى القلق والحط من قدر الذات والحيل النفسية الدفاعية .

وتدريبهم على تحقيق أهدافهم بالجد والاجتهاد والمثابرة ، وعلى تأجيل إشباع بعض حاجاتهم وتعديل بعض أهدافهم ، أو تغييرها بما يناسب قدراتهم وإمكاناتهم ، حتى ترتفع « عتبة الإحباط » عندهم ، وتنضج شخصيتهم وتتحسن قدراتهم وأساليب توافقهم .

ويعتبر التعرض للإحباط الشديد Severe Frustration في بعض الأحيان أمراً عادياً في الحياة اليومية لا يضر بالصحة النفسية ، لأن الإنسان العادى لا يستطيع إشباع جميع رغباته ، ولا تحقيق كل أهدافه في الحياة ، فيشعر بالإحباط والقلق ، ويلجأ للحيل النفسية الدفاعية من آن إلى آخر . وهذا أمر طبيعي يجب أن نوطن أنفسنا عليه .

أمّا التعرض للإحباط الشديد مرات كثيرة فضار بالصحة النفسية ، خاصة إذا تكرر الإحباط في مرحلة الطفولة ، وكانت الأهداف المحبطة ضرورية لنمو الشخص جسمياً أو نفسياً . فقد تبين من دراسات كثيرة أن نسبة كبيرة من الأطفال الذين تكرر تعرضهم للحرمان والقسوة والنبذ من الوالدين ؛ يعانون من مشاكل نفسية كثيرة (مرسي ، ١٩٨٢) . وتبين من دراسات أخرى أن الجانحين والمجرمين والمضطربين نفسياً وعقلياً تكرر تعرضهم للإحباط الشديد خاصة في مرحلة الطفولة (مرسى ، ١٩٧٨) .

ونخلص من مناقشة الإحباط ونتائجه إلى أن تعرض الإنسان للإحباط واقع لا محالة ، فلا يوجد شخص لم يتعرض قط للإحباط . لذا تعتبر القدرة على تحمل الإحباط من علامات الصحة النفسية يجب أن ننميها عند أطفالنا .

والشعور بالإحباط مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر ، فقد يشعر شخص بإحباط خفيف في موقف بينما يشعر شخص آخر بإحباط شديد في نفس الموقف وذلك لاختلاف إدراكهم للموقف وتفسيرهم للإحباط .

وشعور الشخص بالإحباط الخفيف يفيده في تنمية قدراته ، وتحسين أساليب توافقاته ، ويدفعه إلى اكتساب الخبرات الجديدة التي تساعده على نضوج شخصيته ، كما أن الحصول على الهدف بصعوبة تجعله أكثر جاذبية وأفضل قيمة .

أمّا تكرار شعور الشخص بالإحباط الشديد – خاصة في مرحلة الطفولة – يؤذيه نفسياً واجتماعياً وجسمياً ، ويعتبر عاملاً أساسياً لإنعدام صحته النفسية ونشوء الإنحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والعقلية .

لذا كان من الضروري أن تحمى الأسرة أطفالها من تكرار التعرض للإحباط الشديد ، وأن يقى المجتمع أفراده من التعرض للحرمان من إشباع حاجاتهم الأساسية . فالشعور بالحرمان ظلم عظيم وفي الظلم إحباط شديد للمظلومين .

ومن عوامل الوقاية من الشعور بالإحباط في البيت والمدرسة والمجتمع الآتي :

١ – تنمية الشعور بالرضا عند كل شخص حتى يَقْبَل بما قسمه الله له من الرزق والصحة والذكاء والجمال ، ومعاونته على وضع أهداف مناسبة لقدراته وإمكاناته وظروفه ، وتشجيعه على المثابرة وبذل الجهد في تحقيقها .

٢ – تعويد الإنسان على الأخذ بالأسباب والصبر على البلاء وعدم اليأس والقنوط ، فإذا عمل من أجل هدف وفشل في تحقيقه صَبَر وتحمل الفشل ، وسعى من جديد من أجل تحويل الفشل إلى نجاح في نفس المجال أو في مجالات أخرى ، ولسان حاله يقول « عليّ أن أسعى وإدراك النجاح من فضل الله الذى لا يضيع أجر من أحسن عملاً » . فإذا نجح شكر صاحب الفضل ، وإذا فشل صبر وهو يعلم أن أحداً لن يخرج من هذه الدنيا حتى يستكمل رزقه ، ولن يصيبه إلّا ما كتبه الله له .

٣ – مساعدة الأسر الفقيرة على توفير حاجات أفرادها لكي لا يتعرضوا للإحباط الشديد ، الذى يهدد حياتهم ، ويذهب أمنهم ويشعرهم بآلام نفسية وجسمية لا قِبَل لهم بها . ولعلنا في ذلك ندرك حكمة الله في فرض الزكاة التي جعلها حقاً للسائل والمحروم والمسكين والفقير وابن السبيل وغيرهم من المحتاجين ، لحمايتهم من الإحباط ، وما ينتج عنه من قلق وعداوة وبغضاء تُشقي الفرد وتفسد المجتمع .

٤ – إرشاد الآباء إلى كيفية معاملة أبنائهم ، وحُسْن رعايتهم ووقايتهم من التدليل والإهمال والنبذ والقسوة التي قد تعوق نمو عتبة الإحباط عندهم .

٥ – العناية بالتلاميذ المتأخرين دراسياً والشباب العاطلين عن العمل ، وتوجيههم مهنياً إلى التدريب المناسب في الوقت المناسب ، لأن الفشل في الدراسة والتعطل عن العمل يسببان الإحباط الذى قد يدفعهم إلى الإنحراف بحثاً عن النجاح في مجالات ضارة .

٦ – تعويد أطفالنا في البيت والمدرسة على تحمل الإحباط ومواجهة الصعاب بصدر رحب ، وعلى الصبر والمثابرة وضبط النفس والتفاؤل في علاج المشكلات. كما يجب علينا – آباء ومدرسين – تشجيع تلاميذنا على حل مشكلاتهم بأنفسهم ، وأن نأخذ بأيديهم إذا فشلوا ، ونُبيّن لهم أن المحاولة وبذل الجهد أفضل من الغضب أو النكوص في مواجهة مثل هذه المشكلات .

٧ – عدم إهانة الأطفال الفاشلين وعدم تحقيرهم خاصة إذا كانت أسباب فشلهم خارجة عن إرادتهم ، ويجب الأخذ بأيديهم، وإبراز محاسنهم ومساعدتهم على وضع أهداف مناسبة لقدراتهم وإمكاناتهم حتى يثقوا في أنفسهم .

الصـــراع النفســـي

إذا رغب شخص في تحقيق هدفين مختلفين ، ووجد أن حصوله على أحدهما يمنعه من الآخر ، فاضل بين الهدفين واختار أحدهما ، وتخلى عن الآخر ، وتوافق مع الموقف بصورة إيجابية بناءة .

ولكن لا تتم هذه المفاضلة في كثير من الأحيان بسهولة حيث يتعذر إتخاذ قرار الاختيار بين الأهداف ، ويستمر الشخص مشدوداً إلى الهدفين بنفس القوة ، فيقع في صراع نفسي ، ويشعر بالتوتر والضيق . فمثلاً إذا رشّح شخص لوظيفتين لكل منهما مزايا وعيوب ، ورغب في الحصول على مزايا الوظيفتين وتجنب عيوبهما . بطبيعة الحال لا يستطيع تحقيق ذلك لأنه إذا اختار الوظيفة الأولى حصل على عيوبها وخسر مزايا الثانية ، وإذا اختار الثانية حصل على عيوبها وخسر مزايا الأولى . وهكذا لا يستطيع اختيار أى منهما ، ويعيش في صراع بسبب عجزه عن اتخاذ قرار التفضيل .

فالصراع النفسي حالة نفسية يشعر فيها الشخص بالتوتر والضيق والكدر عندما يكون مشدوداً في وقت واحد بقوتين تعملان في اتجاهين متضادين أو متعارضين أو مختلفين (مغاريوس ، ١٩٧٤) . مما يجعله عاجزاً عن التحرك في أى منهما إلّا إذا غلّب إحدى القوتين على الأخرى ، وحل الصراع في اتجاه القوة الأعظم . أمّا إذا تعادلت القوتان ، استمر الشعور بالعجز عن اتخاذ القرار وعانى من ضغوط نفسية وإرهاق عصبي وتوتر وضيق .

ومن حالات الصراع الشائعة صراع المراهق بسبب رغبته في الإتكالية أو الإعتماد على النفس ، وصراع الفتاة بسبب رغبتها في أن تكون زوجة وأمًا أو تكون موظفة وعانساً ، وصراع الموظف بسبب رغبته في أن يسافر للدراسة أو أن يحصل على مركز أفضل في عمله ، وصراع الطفل بسبب رغبته في إرضاء أبيه أو إرضاء أمه إذا كانت طاعته لأحدهما سوف تغضب الآخر ، وصراع الزوجة بسبب رغبتها في أن تكون مع زوجها أو أن تكون مع أمها إذا كان وجودها مع زوجها سيحرمها من الوجود مع أمها والعكس .

وإدراك الصراع والقدرة على تحمله مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر ، ومن الملاحظ أن الأشخاص الناضجين الواثقين من أنفسهم قادرون على التحكم في حاجاتهم ودوافعهم والتوفيق بينها ، مما يجعلهم لا يدركون الصراع إلّا في مواقف قليلة ، وإذا عاشوا في صراع فإنهم قادرون على تحمله وحله بسرعة بدون توتر أو قلق . أما الأشخاص غير الناضجين نفسياً واجتماعياً فهم عرضة لتناقض الدوافع وتعارض الأهداف ، مما يجعلهم يعيشون في صراعات نفسية كثيرة ، ويشعرون بالتوتر والقلق ويلجأون إلى الحيل النفسية الدفاعية ، وقد ينهارون ويصابون بالاضطرابات النفسية .

ومن علامات الصراع التذبذب والتردد في اتخاذ القرارات، وطلب النصيحة من الآخرين، وتعارض الاستجابات أو تناقضها ، وعدم الرغبة في المبادأة والتوتر والقشعريرة والأرق ، والنوم المتقطع ، وعدم الرغبة في الإنجاز وانخفاض الطموح .

حــل الصــراع :

أشرنا في الفصل الأول إلى أشكال الصراع الأربعة الرئيسية[1] وهي :–

صراع إقدام – إحجام	Approoch-avoidance Conflict
صراع إقدام – إقدام	Double approach Conflict
صراع إحجام – إحجام	Double approach Cenflict
صراع إقدام – إحجام مزدوج	Double approach-avoidance conflict

---

(١) أشرنا إلى تعريف أشكال الصراع في الفصل الأول .

وقد تبين من الدراسات أن صراع إقدام – إقدام وصراع إحجام – إحجام من أشكال الصراع البسيطة التي يمكن حلها بسهولة ، فحل صراع « إقدام – إقدام » يكون بمساعدة الشخص على تفضيل أحد الهدفين والتخلي عن الهدف الآخر ، وذلك بإبراز محاسنه أكثر من غيره . وكذلك حل صراع « إحجام – إحجام » يكون بمساعدة الشخص على الهروب من الموقف ، فمثلاً الطالب كبير السن الذى لا يرغب في المذاكرة وفي نفس الوقت يخاف من الرسوب ، فإذا وجهناه إلى التدريب المهني أو العمل، تخلص من الصراع . وقد يُحل هذا النوع من الصراع بتقليل مساوىء أحد الهدفين ، وزيادة مساوىء الهدف الآخر ، وتشجيع الشخص على تحمل مساوىء الهدف الأقل ضرراً وتجنب الأكثر ضرراً . فمثلاً الطالب الذى لا يحب المذاكرة وفي الوقت نفسه يخاف من الرسوب ، من الممكن حل هذا الصراع بترغيبه في الدراسة ، وتحسين ظروف المذاكرة في البيت والمدرسة ، ونبيّن له أن الإنسان قد يؤدى أعمالاً بدون رغبته وفيها خير له في المستقبل ، فمن جلس صغيراً حيث يكره جلس كبيراً حيث يحب ، ومن جلس صغيراً حيث يحب جلس كبيراً حيث يكره .

أمّا صراع « إقدام – إحجام » فهو أكثر أشكال الصراع شيوعاً ، وأصعبها حلاً ، خاصة إذا تعددت اختيارات الإقدام والإحجام ، لأن هذا النوع من الصراع ينشأ عندما يحمل الشخص تناقضاً وجدانياً تجاه موضوع أو موقف أو شخص ما ، كأن يحبه ويخافه ، أو يرغب فيه ويكرهه في وقت واحد ، ويزداد هذا الصراع حدة بحسب شدة التناقض الوجداني حول الهدف أو الموضوع أو الموقف .

ويحل صراع « إقدام – إحجام » بعلاج ما يعانيه الشخص من تناقض وجداني حول الموضوع ، وهذا ليس بالأمر السهل في كثير من الأحيان . ويتبع في ذلك إمّا زيادة المحاسن وتقليل العيوب ، فتقوى الرغبة في الهدف ويقدم عليه أو زيادة عيوبه وتقليل محاسنه ، فتضعف الرغَبة فيه ويحجم عنه . فمثلاً الشخص الذى يرغب في عمل ما لما يحققه من مرتب ومميزات ، لكنه في نفس الوقت يكرهه لما فيه من أخطار ، يمكن علاج هذا التناقض بإبراز محاسن العمل أكثر من عيوبه فيقدم عليه ، أو إبراز عيوبه ومخاطره فيحجم عنه . كذلك الطالب الذى يرغب في النجاح ويخاف من الامتحانات ، يحل صراعه بتحسين ظروف

الاختبارات وتقليل ما فيها من توترات ورهبة ، فيقبل عليها ويحقق النجاح ، والطفل الذى يحب السباحة ويخاف الماء ، يحل صراعه بتخصيص المكافآت والجوائز لتعلم السباحة فيقبل عليها ويتغلب على مخاوفه ، والشاب الذى يرغب في أن يكون محامياً ولكنه يخاف من مواجهة الناس ، يُعالج صراعه بتدريبه على التحدث أمام مجموعات صغيرة ثم أمام الفصل ثم في حفلة ، حتى يتغلب على هذا الخوف ويقدم على عمل المحاماة .

الصراع والصحة النفسية :

الشعور بالصراع أمر عادى يتعرض له كل إنسان من آن إلى آخر في حياته اليومية ، لذا كانت القدرة على تحمل الصراع والقدرة على حله من علامات الصحة النفسية . فالشخص المتمتع بصحة نفسية قادر على تحمل الصراع وحلّه في الوقت المناسب بأساليب توافقية بناءة .

ولكن ليس كل شعور بالصراع محمود ، فقد تبين من دراسات كثيرة في مجالات علم النفسي الاكلنيكي وعلم النفس المرضي وعلم الصحة النفسية أن استمرار الصراع وفشل الشخص في حله ، يؤدى إلى التوتر الشديد والقلق الزائد والحيل النفسية الدفاعية ، وقد تنشأ بعض الأعراض العصابية والسيكوسوماتية ، حيث يعتبر الصراع سبباً معجلاً لظهور العصاب والذهان والإنحرافات السلوكية في كثير من الأحيان (مرسى ، ١٩٧٨) .

ونخلص من هذا إلى ضرورة تربية أولادنا على تحمل الصراع وتدريبهم على حله ، حتى ننمي عندهم القدرة على مواجهة الصراعات التي سوف يتعرضون لها في مراحل حياتهم المختلفة .

كا علينا مساعدة أولادنا وتلاميذنا على إدراك ما يعانونه من صراعات والاعتراف بها صراحة حتى يمكنهم حلها بسرعة ، قبل أن يصيبهم القلق والاضطراب النفسي ، وقبل أن يلجأوا إلى حلّها بالحيل النفسية الدفاعية .

واستخارة الله في الصراع من السنن المؤكدة ، فقد قال رسول الله ﷺ : **« من سعادة ابن آدم استخارة الله ومن سعادة ابن آدم رضاه بما قضاه الله له »** . وقال أيضاً : **« إذا همّ أحدكم أمراً فليركع ركعتين من غير الفريضة »** أي يصليها بنية الاستخارة ، ويفضل صلاتها قبل النوم مباشرة فقد

تصادفه رؤيا صادقة تساعده على حل الصراع ، وأن يدعو في صلاة الاستخارة بهذا الدعاء : « **اللهم إني أستخيرك بعلمك واستقدرك بقدرتك وأسألك من فضلك العظيم فإنك تقدر ولا أقدر وتعلم ولا أعلم وأنت علّام الغيوب ، اللهم إن كنت تعلم أن هذا الأمر خيراً لي في ديني ومعاشي وعاقبة أمرى وعاجل أمرى وآجله فاقدره لي ، ويسره لي ، ثم بارك لي فيه ، وإن كنت تعلم أن هذا الأمر شرّ لي في ديني ومعاشي وعاقبة أمرى وعاجل أمرى وآجله فاصرفه عنّي واصرفني عنه واقدر لي الخير حيث كان ثم رضني به** » .

القــلق

القلق حالة نفسية مؤلمة تنتج عن شعور الإنسان بالعجز والدونية في مواقف الاحباط والصراع ، وتؤدى إلى الحيل النفسية الدفاعية . ويخطىء من يعتقد أن القرن العشرين عصر القلق لأن القلق حالة نفسية قديمة قدم الإنسان ، عرفت في الماضي بحالات الهم والغم والحزن التي تؤدى إلى التطير والوله والتوتر والكدر ، وتؤذى الإنسان نفسياً وجسمياً ، وقد أدرك الرسول عليه السلام الآثار السيئة للهم فاستعاذ الله منه ، وسأله الحماية والوقاية منه قائلاً : « **اللهم إني أعوذ بك من الهم والغم وقهر الرجال** » .

وعرَّف الغزالي الخوف (القلق) بأنه « تألم القلب واحتراقه بسبب توقع مكروه في المستقبل » وقسمه إلى قسمين : **خوف عادى** : ويشمل الخوف من الله مقروناً بالرجاء فيه ، والخوف من الأشياء التي يكمن فيها الخطر والأذى وهو صفة حميدة . **وخوف مفرط** : وهو خوف زائد مذموم يخرج الإنسان إلى اليأس والقنوط ، ويمنعه من العمل ، وقد يسبب له الضعف والمرض وزوال العقل (الغزالي ، ١٩٦٧) .

وألّف علي بن حزم أول كتاب عن القلق أشار فيه إلى أن الهم خبرة نفسية مؤلمة . وقال : « أشد الأشياء على الناس الخوف والهم والفقر والمرض ، وأهمها إيلاماً للنفس الهم للفقد من الحب وتوقع المكروه ، ثم المرض والخوف ثم الفقر .

وفي أوربا نشر سورن كيركيجآرد S. Kurkegaard مقاله عن القلق سنة ١٨٤٤ بعنوان « مفهوم الفزع » ضمنها الكثير من الأفكار الإسلامية عن الخوف عند الغزالي والهم عند ابن حزم ، وأشار إلى أن أول من شعر بقلق الخطيئة

آدم أبو البشر عندما عصى ربه وأكل من الشجرة التي نهاه عن الأكل منها وطرد من الجنة إلى الأرض وحيداً عاجزاً خائفاً .

وقسّم كيركجآدر القلق إلى نوعين :

قلق عادى : خوف نشعر به جميعاً من أشياء موضوعية مثل خوف الطفل من والده ومدرسيه أو من حيوان مؤذى . وهذا الخوف مفيد للإنسان يدفعه إلى حماية نفسه ، وحفظ حياته ، ويحركه إلى التقدم والارتباط بالآخرين .

قلق عصابي : وهو خوف زائد ليس له ما يبرره ، يحس به بعض الناس فيعوقهم عن التقدم ، ويجعلهم منغلقين على أنفسهم ، يخافون من لا شيء أو يخافون من الخوف نفسه (مرسى ، ١٩٧٨) .

القلق والتحليل النفسي :

في بداية القرن العشرين بدأت الدراسة العلمية للقلق ، وبحث العلماء في علاقته بالاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، وبحثوا في العوامل التي تنمّيه عند بعض الناس والعوامل التي لا تنمّيه عند البعض الآخر . ويعتبر فرويد S. Freud صاحب الفضل في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذى يلعبه القلق في حياة الإنسان ، واعتبره المحرك الأساسي لجميع اضطراباته وانحرافاته ، ووضع نظريته في القلق العصابي التي ميز فيها بين نوعين من القلق :

قلق موضوعي : رد فعل مقبول لخطر خارجي هدفه حماية الإنسان من الأخطار الحقيقية ، وينشأ عن غريزة حفظ الذات Instinct of Self-Perservation . والقلق الموضوعي عبارة عن خوف عادى مفيد ، يجعل الشخص يستعد لمواجهة الخطر الذى يتهدده أو الهروب منه أو الاستسلام والخضوع للموقف .

القلق العصابي : خوف غامض غير مفهوم ليس له ما يبرره ، ولا يعرف الشخص الذى يشعر به سبباً له ، مما يجعله يسقطه على أية فكرة أو أى شيء أو أى موضوع خارجي ، ومن علاماته التوجس والتطير والتوتر الشديد ، والضيق والأرق والاكتئاب والهم ، وتوقع المصائب ، والخوف الزائد من أشياء قد

لا تسبب الخوف . ويصاحب هذه الانفعالات حالة تأهب جسمي ، فتزداد ضربات القلب والتنفس ، وضغط الدم ، وتصبب العرق والرعشة . [١]

القلق والمدرسة السلوكية :

اتفق علماء المدرسة السلوكية مع فرويد وتلاميذه على أن القلق العصابي عرض رئيسي في جميع الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية ، وأشار أيزنك Eysenck – من السلوكيين المعاصرين – إلى أن القلق العصابي خوف زائد لا يناسب ما في الموقف من تهديد حقيقي ، وتثيره أحياناً تهديدات موضوعية مثل الحرب والقنابل الذرية ، ومصاعب العمل ، ومشاكل الأسرة ، وعدم القدرة الجنسية . لكن ما يميزه عن الخوف العادى شدة الانفعال بالخوف ، بحيث تصبح حالة غير مألوفة في مثل هذه المواقف . فليس غريباً أن يخاف الإنسان من القنابل ، لكن الغريب أن يصل الخوف من الشدة إلى درجة لا يحتملها ، ويشعر بالعجز ويتوقع الشر ، وينهار لمجرد سماعه عن قنبلة لا وجود لها .

ولكن اختلف السلوكيون مع فرويد[٢] في نشأة القلق حيث اعتبروه سلوكاً متعلماً ، فالطفل يدرك التهديد في أشياء معينة فيتعلم الخوف منها . ومن التجارب المشهورة في تعلم الخوف تجربة واطسون على الطفل ألبرت البالغ من العمر أحد عشر شهراً ، والذى كان مولعاً باللعب مع الفئران البيضاء بفرح وسرور ، ثم علمه واطسون الخوف من هذه الفئران بطريقة الاشراط الكلاسيكي ، فوقف خلف ألبرت وفي إحدى يديه قضيب من الحديد وفي الثانية مطرقة ، وكلما حاول الطفل اللعب مع الفئران قرع القضيب بالمطرقة ، فيحدث دوياً مخيفاً ، وبعد تكرار هذه العملية عدة مرات تعلم الصغير الخوف من الفئران عن طريق الربط الشرطي بين الفئران ودوى القضبان ، ثم عمم مخاوفه على جميع الحيوانات ذات الفراء الأبيض .

---

(١) انظر عصاب القلق في الفصل الرابع .
(٢) ذهب فرويد إلى أن الاستعداد للقلق فطرى ومضمونه مكتسب .

الاستعداد للقلق :

في نهاية الستينات من القرن العشرين توصل ر . كاتل R. Cattell وشبيلبرجر Spielberger إلى نظرية القلق الحالة – السمة – Anxiey State Trait Theory ميزا فيها بين القلق الذى نشعر به في موقف التهديد ، والاستعداد للقلق في مواقف التهديد المختلفة ، وأطلقا على الجانب الأول حالة القلق Anxiety State وعلى الثاني سمة القلق Anxiety trait ، وعرف شبيلبرجر حالة القلق « حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان في مواقف التهديد ، فينشط جهازه العصبي اللاإرادى ، وتتوتر عضلاته ، ويستعد لمواجهة هذا التهديد ، وتزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد فيعود الإنسان جسمياً ونفسياً إلى حالته العادية » .

أمّا سمة القلق « استعداد سلوكي مكتسب في معظمه ، يظل كامناً عند الإنسان حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية » . وتوجد سمة القلق – أى الاستعداد للقلق – عند جميع الناس بدرجات متفاوتة حيث توجد عند قلة من الناس بدرجة منخفضة وعند قلة أخرى بدرجة عالية وعند الغالبية بدرجة متوسطة أو قريبة من الوسط (مرسى ، ١٩٧٨) .

والشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يدرك تهديد تقدير الذات في مواقف كثيرة ، ويستجيب له بحالة قلق زائدة لا تناسب ما في الموقف من خطر حقيقي . أمّا الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق فيدرك التهديد في مواقف الخطر الحقيقي ، ويستجيب بقلق مناسب غير مبالغ فيه .

وفي ضوء نظرية القلق « الحالة – والسمة » فإن الشعور بالقلق في مواقف الإحباط والصراع مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر بحسب الاستعداد للقلق ، فالشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق يظهر القلق والتوتر في مواقف الإحباط والصراع أكثر من الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق ، لأن الأول يدرك العجز والفشل بسرعة ، ولا يثق في قدراته وإمكاناته ، ويتوقع الشر ، ويعجز عن إتخاذ القرارات ، ويحط من قدر نفسه ويتوجس من المستقبل .

وينمو الاستعداد للقلق من التفاعل بين المعطيات الوراثية وأساليب التنشئة الخاطئة ، وقد تبين من الدراسات أن دور أساليب التنشئة الخاطئة في تنمية هذا الاستعداد أكبر من دور الوراثة ، فقد وجد أن الأشخاص أصحاب سمة القلق

العالية نشأوا في بيئات غير صالحة ، أدركوا فيها النبذ والحرمان والقسوة ، خاصة في مرحلة الطفولة (مرسى ، ١٩٨٢) .

ويبدو من هذا أن نظرية « القلق الحالة – السمة » قد وفقت بين نظريات القلق المختلفة ، فأشارت مع السلوكيين والتحليل النفسي إلى أن الاستعداد للقلق ينمو من خبرات مؤلمة تعرض لها الشخص في حياته السابقة ، خاصة في مرحلة الطفولة . وأشارت مع الغزالي وعلي بن حزم وعلماء المذهب الإنساني إلى أن أصحاب سمة القلق العالية يتطيرون ، ويتوقعون الشر في المستقبل ، ويظهرون القلق الزائد أو المفرط من المرض والموت والفشل في مواقف كثيرة .

القلق والصحة النفسية :

القلق شعور مؤلم يشعر به كل إنسان في مواقف الإحباط والصراع والتهديد ، وهو شعور مفيد يجعل الشخص يدافع عن نفسه ، ويحفظ حياته من الأخطار ، وهو خوف عادى أو خوف موضوعي ، وهو صفة حميدة كما قال الغزالي وغيره من علماء النفس . فمثلاً الأم التي تشعر بالقلق لمرض خطير أصاب ابنها ، شعورها طبيعي ، لأنه رد فعل مناسب لخطر حقيقي ، ولا يدل على انعدام الصحة النفسية .

أمّا الشعور بالقلق المفرط في مواقف كثيرة – قد يكون فيها تهديد حقيقي وقد لا يكون – يؤذى الإنسان نفسياً وجسمياً واجتماعياً ، ويعوقه عن الإنجاز والتحصيل والتفوق ، ويؤدى إلى الشعور بالعجز والدونية واللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية ، وقد يؤدى إلى الاضطرابات النفسية والعقلية .

ويتفق علماء النفس على أن القلق عرض شائع في جميع الاضطرابات النفسية والذهانية والانحرافات السلوكية ، وقد تبين من دراسات كاتل وشير Cattell & Schaier أن الاستعداد للقلق عال عند فئات كثيرة من الذهانيين والعصابيين . كما تبين من دراسات غيرهما على طلبة المدارس والجامعات أن سمة القلق عالية عند الطلبة أصحاب المشاكل والضعاف في التحصيل الدراسي ، ووجد أن سمة القلق العالية ترتبط بمجموعة من سمات تدل على انعدام الصحة النفسية ، حيث تبين عند الأشخاص أصحاب سمة القلق العالية شعور بالدونية والنقص وعدم الايجابية في التفاعل الاجتماعي ، والاستغراق في أحلام اليقظة وعدم

التقبل الاجتماعي ، في حين تبين عند الأشخاص أصحاب سمة القلق المنخفض ثقة بالنفس وشعور بالكفاءة واحترام الذات والاكتفاء الذاتي . وهذا ما جعل كاتل يذهب إلى أن وجود سمة القلق العالية عند شخص ما دليل على انعدام صحته النفسية (مرسى ، ١٩٧٨) .

الحيل النفسية الدفاعية

الحيل النفسية الدفاعية أساليب هروبية من المواقف المؤلمة التي نعجز عن مواجهتها بأساليب مباشرة ، فعندما نفشل في مواجهة الإحباط أو نفشل في حل الصراع نلجأ إلى هذه الحيل ، لتبرير فشلنا ، وجعله فشلاً منطقياً ، له ما يبرره أمام أنفسنا وأمام الناس ، فنتخلص من التوتر ، ونتحرر من القلق والشعور بالذنب ، ونشعر بالارتياح ، ونتوافق مع الموقف .

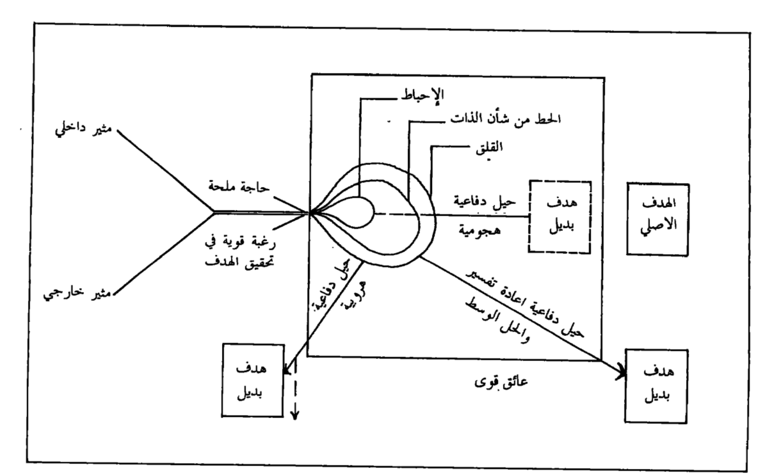
ونضرب لذلك مثلاً بالطالب الذى يرسب في الاختبار ، ويشعر بالإحباط لفشله في تحقيق النجاح ، تتولد عنده حاجة [1] لتبرير فشله ، فيلقي باللوم على صعوبة المادة أو غموض أسئلة الاختبار أو تعسف المدرس ، وغير ذلك من التبريرات التي تجعله راضياً عن نفسه ، لأن الفشل راجع لأسباب خارجة عن إرادته .

والشكل رقم ٣ – ٣ يبين رسماً توضيحياً لنشوء الحيل النفسية الدفاعية في موقف الإحباط ، ونجد فيه عندما يُحبط الشخص ويعجز عن مواجهة الإحباط ، يحط من شأن نفسه ، فيتوتر ويقلق ، ويشعر بالذنب ، مما يجعله يلجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية لتخفيف هذه المشاعر المؤلمة وتحقيق التوافق مع الموقف .

والتوافق الناتج عن الحيل النفسية الدفاعية توافق مؤقت في معظم المواقف ، لأن الحيل لا تحقق الأهداف المحبطة ولا تحل الصراع ، وإنما تشبع حاجات ثانوية تولدت عن الإحباط والصراع . وبعبارة أخرى لا تعالج الحيل النفسية أسباب الإحباط ولا أسباب الصراع لكنها تعالج الأعراض الناتجة عنهما ، وهذا ما يجعلها كالعقاقير المسكنة تخفف آلام المرض ولا تعالجه، فتعود الآلام بعد زوال تأثيرها (Hountras, 1968) .

---

(١) تسمى الحاجات التي تتولد عن الإحباط والصراع « حاجات حفظ ماء الوجه » وهي حاجات ثانوية هدفها تخفيف مشاعر الألم الناتجة عن الإحباط والصراع .



(شكل رقم ٣ - ٣) رسم توضيحي للأساليب غير المباشرة للتوافق في مواقف الإحباط

والحيل النفسية الدفاعية عادات سلوكية مكتسبة ينميها الإنسان ، ويستخدمها في البداية على مستوى شعورى ، ثم يتعود عليها ويستعملها على مستوى لا شعورى ، يأتيها دون وعي بالدوافع الكامنة وراءها . فالطالب الذى يبرر رسوبه في الإمتحان لا يعي أنه يبرر فشله ، ولا يدرك أنه يخدع نفسه ويخدع غيره بهذه التبريرات .

أشكال الحيل النفسية :

للحيل النفسية الدفاعية أشكال كثيرة متداخلة ومتشابكة ، من الصعب حصرها وتصنيفها . والشكل رقم ٣ – ٤ يبين تصنيفاً لأهم الحيل النفسية وأكثرها شيوعاً . ونتناول فيما يلي بعض هذه الحيل بشيء من التفصيل .

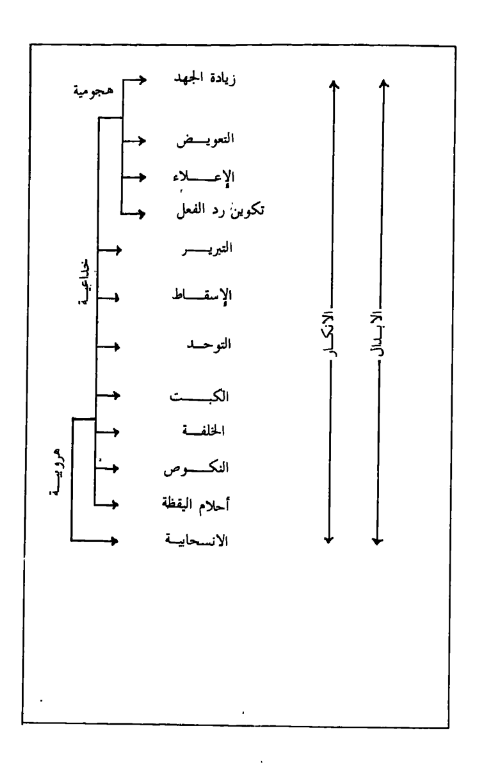
١ – الإبـدال Displacement :

حيلة نفسية هدفها إبدال الموقف المؤلم الذى فيه تهديد بموقف آمن ، ليس فيه تهديد ، ويتم ذلك بطريقتين :–

(أ) **إبدال المثير** : ونقصد به تحويل الانفعالات غير المرغوب فيها من موضوعها الأصلي (الذى فيه تهديد) إلى موضوع بديل ليس فيه تهديد ، مثال على ذلك العامل الذى يقمع غضبه من رئيسه ويصبه على صديقه أو زوجته أو أولاده ، والطالب الذى يمنع من التعبير عن عدوانه تجاه أبيه وينفّس عنه بالاعتداء على المدرسين أو على قوانين المجتمع .

(ب) **إبدال الاستجابة** : ونقصد به تحويل الانفعالات نفسها من انفعالات فيها تهديد إلى انفعالات مرغوب فيها ليس فيها تهديد ، مثال على ذلك الطفل الذى يشعر بالغيرة والكراهية من أخيه ويحولها إلى حب زائد له (ليحمي نفسه من غضب والديه إن هو عبّر عن كراهيته لأخيه) ، والأم التي لا ترغب في وليدها وتخفي كراهيتها وتحولها إلى حماية زائدة وحب شديد لابنها .

ويشبّه بعض علماء النفس عمل الإبدال في تخفيف التوتر والقلق بعمل صمّام الأمان في غلاية البخار . فعندما يزداد ضغط البخار داخل الغلاية ، يسرّب الصمام البخار الزائد لحماية الغلاية من الانفجار . كذلك الحال بالنسبة للشخص الحانق الغاضب ، تضغط عليه انفعالاته من الداخل ، فيلجأ إلى الإبدال لتسريب



(شكل رقم ٣ - ٤) تصنيف لأهم الحيل النفسية الهجومية

بعضها في سلوك ما ، حتى لا ينفجر هو من الداخل . فالطفل الغاضب من والديه ، ولا يستطيع التعبير عن غضبه ضدهما ، يسرّب بعضاً من غضبه في الاعتداء على أخيه الصغير ، أو تخريب اللعبة التي في يده . وقد يعبر الطلاب عن عدم رضاهم عن النظام الصارم في المدرسة بكتابة عبارات ضد السلطة في المدرسة على حوائط الحمامات ، وقد يفرّغ المراهق جزءاً من غضبه وثورته في صورة سب وسخرية وانتقادات جارحة .

ويظهر الإبدال في جميع الحيل النفسية ، فكل حيلة تتضمن إبدالاً للمثير أو للإستجابة أولهما معاً ، ولا توجد حيلة ليس فيها إبدال بشكل ما . كما يظهر الإبدال في فلتات اللسان وزلات القلم ورمزية الأحلام . فكل فكرة – كما قال فرويد – يثير ظهورها القلق تؤدى إلى الصراع بين الأنا والهو ، وإحدى طرق حل هذا الصراع ابدال الرغبة غير المقبولة في فلتات اللسان والأحلام . فالشخص الذى يكره أباه قد يحلم أنه قتل رجل الشرطة ، أى أبدل أباه بالشرطى في موقف العدوان .

فالإبدال من وجهة نظر فرويد وسيلة دفاعية لا شعورية ، تلجأ إليها الأنا لتعزيز دفاعاتها ضد ما يثير قلقها من محتويات اللاشعور ، أو هي وسيلتها لاستمرار كبت الرغبات المكبوتة . فالشخص الذى يخاف من ظهور رغباته الجنسية المكبوتة قد يحول هذا الخوف إلى خوف من القذارة ، مما يجعله يسلك سلوكاً قهرياً فيه مبالغة في النظافة ، فيغسل يديه عدة مرات بدون مبرر . والشخص الذى يخاف من ظهور رغبته في قتل شخص ما قد يبدل هذا الخوف بالخوف من السكاكين والآلات الحادة . والطالب الذى يخاف من ظهور رغبته في الإنتحار قد يبدل هذا الخوف بالخوف من الأماكن المرتفعة . وهكذا يرى فرويد أن أعراض الاضطرابات النفسية استجابات بديلة لرغبات مكبوتة غير مقبولة اجتماعياً .

ومن الممكن جعل الإبدال مفيداً لنا في التعامل مع أولادنا وتلاميذنا إذا فهمنا طبيعته وأسبابه ، فالطفل الذى يغضب ويرفس أمه لا تضربه وتبحث عن أسباب غضبه ، والطالب الذى يسب ويلعن لأنه حصل على درجات منخفضة في الإختبار لا يُعاقبه مدرسه ، ويبحث عما يهدئه ويخفف غضبه .

كما يمكن توجيه التلاميذ إلى الإبدال المفيد عن طريق التعبير في الفنون والألعاب والتمثيل ، فنطلب من الطفل الغاضب رسم مشاجرة أو تمثيل دور فيه غضب وحنق ، حتى نساعده على تسريب بعض انفعالاته بصورة مقبولة .

٢ - الإنكــــار Denial :

نقصد بالإنكار إدعاء الشخص عدم وجود الحاجة المحبطة أو العائق أو الصراع الحاد ، فلا يدرك تهديد تقدير الذات ، وبالتالي ينخفض توتره وقلقه ، ويشعر بالارتياح .

فالإنكار تَعْمِيَةٌ للواقع وخداع للنفس ، فلا تشعر بما يهددها . والمثل الشعبي القائل « الحب أعمى » يتضمن معنى الإنكار ، فالشخص ينكر وجود عيوب في محبوبه بالرغم من وجودها فيه .

وقد يحدث الإنكار نتيجة خلل في الإدراك والتفكير ، مثلما يحدث في تعاطي المخدرات والخمور . فالشخص السكران لا يدرك مشاكله وينكر وجودها ، أو يدركها بشكل مخفف فلا يشعر بخطورتها .

والإنكار كالإبدال عنصر مشترك في جميع الحيل النفسية. فكل حيلة نفسية تتضمن إنكاراً للمشكلة أو تخفيفاً لما فيها من أخطار وتهديدات . فالكبت فيه إنكار لوجود الرغبة ، والإسقاط إنكار لوجود العيب في الشخص وإثباته في الآخرين ، والتعويض إنكار للفشل وهكذا .

وقد يفيد الإنكار في تخفيف التوتر والقلق مؤقتاً ، لكنه لا يفيد في التغلب على الإحباط أو حل الصراع ، لأنه يجعل الشخص يتقاعس عن مواجهة الموقف في الوقت المناسب بأساليب بنّاءة ، مما قد يؤدى إلى تأزم المشكلة أو حدة الصراع فيزداد التوتر والقلق ، ويبطل مفعول الإنكار .

٣ - التعـويـض Compansation :

التعويض حيلة نفسية تدفع الشخص إلى زيادة الإهتمام بسلوك معيّن ، لتخفيف الشعور بالقلق الناتج عن الشعور بالنقص أو العجز أو الفشل ، أو عن وجود عيوب جسمية ونفسية واجتماعية .

فالشخص الذى يؤلمه الشعور بالنقص تنشأ عنده حاجة لا شعورية إلى زيادة جهده ، لتحقيق النجاح والتفوق في مجال من المجالات التي يعتقد أنها هامة .

ويؤدى التعويض إلى تحقيق التوافق وخفض التوتر والقلق ، لأنه من ناحية يساعد الشخص على تعويض نقصه ، وتغطية عجزه ، وإخفاء عيوبه ، فيقل خوفه من النقد والتحقير والمهانة ، ومن ناحية أخرى يدفعه إلى تحقيق أهداف بديلة لأهدافه الأصلية التي لم يستطع تحقيقها . والتعويض نوعان :-

(أ) **تعويض مباشر** : ونقصد به اهتمام الشخص بالتفوق في نفس المجال الذى فشل فيه وشعر فيه بالنقص والعجز ، فالطفل ضعيف البنية قد تنشأ عنده الرغبة في تغطية نقصه أو عجزه بإظهار القسوة والعنف في معاملة الآخرين ، والشاب القصير قد يخفي عيبه بالسيطرة والعدوان على غيره ، والفتاة غير الجميلة قد تعوض ذلك بالمبالغة في استعمال مساحيق التجميل وارتداء الملابس زاهية الألوان (نجاتي ، ١٩٨٣) .

(ب) **تعويض غير مباشر** : ونقصد به اهتمام الشخص بالتفوق في مجالات أخرى غير المجال الذى يشعر فيه بالنقص أو العجز ، فالطالب الذى يشعر بعدم قدرته على التفوق في التحصيل الدراسي ، يترك هذا المجال ويبحث عن التفوق في مجالات أخرى ، مثل الألعاب الرياضية والتمثيل والنشاطات الاجتماعية . وقد يسعى الطالب ضعيف البنية الذى لا يستطيع اللعب مع زملائه إلى التفوق في التحصيل الدراسي ، فيصرف كل وقته في المذاكرة والدراسة .

وقد يعوض الآباء فشلهم في تحقيق طموحاتهم عن طريق دفع أبنائهم إلى تحقيق هذه الطموحات ، ويكون نجاح الأبناء في ذلك تعويضاً للآباء . فالأب الذى كان يطمح في أن يكون طبيباً لكنه لم يجد المال الذى يمكنه من دراسة الطب في شبابه ، قد يدفع ابنه إلى دراسة الطب . والأم التي فشلت في حياتها الزوجية قد تعوض هذا الفشل بالبحث عن زوج لابنتها تتوفر فيه صفات معينة ، كانت تتمنى هي نفسها أن تجدها في زوجها .

وقد يؤدى هذا السلوك التعويضي إلى سعادة الآباء والأبناء إذا اتفقت طموحات الجيلين ، وكان الإبن راغباً في دراسة الطب ، وكانت البنت راغبة في زوج بنفس الصفات التي تضعها أمها . أما إذا كان الإبن غير راغب في دراسة

الطب ، ودفعه أبوه إليها كرهاً ، تكون دراسة الطب مبهجة للأب ومحبطة للإبن ، وإذا كانت البنت غير راغبة في الزوج الذى تختاره أمها فهى إما أن تخسر أمها وترفض هذا الزوج أو تتزوجه وتشقى بزواجها .

والتعويض قد يكون مفيداً أو ضاراً بحسب أهدافه والحاجات التي يشبعها ، فالتعويض المفيد هو الذى يؤدى إلى النجاح والتفوق والشهرة في مجالات حسنة ، ويساعد على تنمية الفرد وصلاح المجتمع ، أمّا التعويض الضار فهو الذى يؤدى إلى التفوق في مجالات غير مقبولة اجتماعياً ، تفسد الفرد وتؤذى المجتمع ، فالشخص الذى يشعر بالنقص بسبب عاهة جسمية ، ويسعى إلى إخفاء عاهته ، وتعويض نقصه بالتفوق على زملائه في الدراسة والتحصيل العلمي يستفيد من هذا التعويض ، أمّا إذا لجأ إلى التفوق في السيطرة والعدوان والإنتقام ، فسوف يضار بهذا السلوك لأنه سلوك غير بنّاء ، ويؤذى غيره .

وأحياناً يكون التعويض في مجالات تافهة لا فائدة منها ، فقد يفشل التلميذ في التحصيل الدراسي ، ويعوض فشله بالتفوق على زملائه في لعب الطاولة أو جمع الطوابع وصور الممثلين وغير ذلك .

ولكي نجعل التعويض مفيداً للفرد والمجتمع يجب تبصير أطفالنا وتلاميذنا بطبيعة التعويض وأهدافه وأبعاده النفسية والاجتماعية ، ونبيّن لهم النشاطات التي يمكن أن يتفوقوا فيها بحسب قدراتهم وإمكاناتهم ، ونوضح لهم طبيعة الفروق الفردية بين الأفراد وداخل الفرد الواحد وأسبابها ومداها ، حتى يرضوا بما وهبهم الله من إمكانات ويضعوا لأنفسهم أهدافاً مناسبة يمكنهم تحقيقها .

٤ - الإعـــلاء Sublimation :

عندما يسيطر الإنسان على حاجاته فإنه قد يؤجل بعضها ، ويصرف طاقاتها النفسية والجسمية في أعمال مفيدة ، وتحقيق أهداف مقبولة اجتماعياً ، فقد سمى بها ورفع من شأنها . فالشاب الذى يرغب في الزواج (رغبة صحية) ولا يستطيع ، يؤجل إشباعها حتى يقدر عليه ، ويصرف الطاقة النفسية والجسمية المتعلقة بها في الصيام أو النشاطات الرياضية والاجتماعية ، والشخص الذى يرغب في العدوان (رغبة غير صحية) ويقمعها ، يصرف طاقتها النفسية والبدنية في اللعب والملاكمة أو المصارعة أو قطع الخشب أو احتراف الجزارة أو الجراحة أو الصيد .

فالإعلاء تصريف للرغبات غير المقبولة في أعمال مقبولة اجتماعية ، أو هو تحويل للطاقات من ميدان غير مرغوب فيه إلى ميدان مرغوب فيه ، مما يساعد على تخفيف مشاعر الإحباط والقلق . (Ringness, 1968) .

ويرى فرويد أن كبت الرغبات الجنسية وحبس طاقاتها أمر شاق ، قد لا نقدر عليه ، ويؤدى إلى التوتر والقلق فيلجأ الشخص إلى إعلاء هذه الرغبات ، وصرف طاقاتها في أعمال مفيدة مثل الفنون والآداب والعلوم والنشاطات الاجتماعية (Hountras, 1968) .

ويشبه الدكتور محمد عثمان نجاتي عملية تحويل الطاقات التي يتضمنها الإعلاء ، بما نشاهده من تحويل الطاقة الكامنة في مساقط المياه والشلالات والرياح من عملية تحطيم وتخريب إلى عملية بنائية مفيدة ، هي توليد الكهرباء التي تستخدم في الإضاءة وتشغيل المصانع (نجاتي ، ١٩٨٣ ، ص ٣٧٥) .

والإعلاء حيلة نفسية مفيدة من ناحيتين : فهي تؤدى إلى خفض التوتر والقلق الناتج عن إحباط التأجيل أو القمع أو الكبت ، وتؤدى — من ناحية أخرى — إلى استفادة الشخص بما لديه من طاقات نفسية وجسمية في مجالات تعود عليه وعلى المجتمع بالخير .

والإعلاء حيلة نفسية مشروعة فالإنسان مطالب بقمع رغباته وانفعالاته غير الصحية ، ومطالب أيضاً بتأجيل بعض حاجاته الصحية التي لا يستطيع إشباعها من حلال ، باعلائها وتصريف طاقاتها في أعمال مفيدة ومشروعة . فقد أمر الله الشخص الراغب في الزواج ولا يقدر عليه ، بالعفة التي فيها إعلاء للرغبة الجنسية . قال تعالى : ﴿ **وليستعفف الذين لا يجدون نكاحاً حتى يغنيهم الله من فضله** ﴾ . وأمر الرسول عليه الصلاة والسلام الشباب المسلم الذين لا يستطيعون الزواج بإعلاء رغبتهم الجنسية والارتفاع بها بالصوم ، الذى فيه طاعة لله ، وتصريف للطاقة وخفض للدافع الجنسي . فقال عليه السلام : « **يا معشر الشباب من يستطع منكم الباءة فليتزوج ، فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج ، ومن لم يستطع ، فعليه بالصوم فإنه له وجاء** » .

٥ - تكوين رد الفعل :

نقصد بتكوين رد الفعل مبالغة الشخص في إظهار مشاعر وصفات ، تدل على انفعالات ورغبات ودوافع مقبولة اجتماعياً ؛ لإخفاء ما لديه من انفعالات ورغبات غير مقبولة اجتماعياً . ويلجأ الشخص عادة إلى هذه الحيلة لإخفاء مشاعر العداوة والحسد والحقد والغيرة عنده تجاه أشخاص مهمين في حياته ، أو لتغطية خوف غير منطقي أو رغبات غير خلقية تهدد تقديره لذاته أو تسيء إلى مركزه الاجتماعي .

وتكوين رد الفعل حيلة نفسية لا شعورية شائعة في حياتنا اليومية ، فقد يشعر شخص بالخوف من وجوده وحده في البيت ، ويغطي خوفه بالغناء والصفير لكي يظهر بمظهر الشخص غير الخائف . وقد يشعر الطفل بالغيرة من أخيه الرضيع ويخفي كراهيته له ، ويظهر بدلاً منها حبه الزائد واهتمامه به . وقد تكره الأم طفلها ولا تفصح عن كراهيتها - لأنها كراهية غير منطقية - وتخفيها بإظهار العناية الزائدة بالطفل . وقد يحقد العامل على رئيسه في العمل ، ويخفي حقده بطاعة أوامره والخضوع له . وقد يرغب التاجر في الغش والكسب غير الشريف ، ويخفي رغبته بكثرة الحديث عن الأمانة والصدق والمبالغة في الحث على الالتزام بهما ، وقد يرغب التلميذ في العدوان على مدرسه ويخفي رغبته بإظهار الأدب الزائد والاحترام المبالغ فيه للمدرس .

ويرى فرويد أن تكوين رد الفعل وسيلة دفاعية تساعد الأنا على استمرار كبت الرغبات غير المقبولة ، التي لا ترغب في الإفصاح عنها ، فعندما تدرك الأنا تهديد الرغبات المكبوتة لها بالظهور في الشعور ، تشعر بالتوتر والقلق ، وتلجأ لا شعورياً إلى تبني صفات ومشاعر على النقيض التام من الرغبات المكبوته ، مما يقوى دفاعاتها ، ويمنع هذه الرغبات من الظهور فيخف التوتر والقلق .

ويختلف « تكوين رد الفعل » عن النفاق في أن الأولى حيلة نفسية لا شعورية يخدع بها الإنسان نفسه ، حتى لا يشعر بما لديه من مشاعر كراهية وحقد وحسد تجاه غيره ، فهو عندما يظهر حبه لشخص ما لا يعي ولا يشعر بأنه يكرهه . أمّا النفاق فهو سلوك إرادى مقصود ، يخدع الإنسان به غيره ولا يخدع نفسه ، لأنه حين يظهر حبه لشخص ما ، يدرك أنه يكرهه ، ويعلم أن ما يُظهر خلاف ما يُبطن تجاهه .

ويفيد تكوين رد الفعل في وقاية النفس من الشعور بالذنب والشعور بالنقص ، ويساعد على تحسين التفاعل الاجتماعي ، وتقوية الروابط الاجتماعية من خلال إخفاء مشاعر العداوة والبغضاء وتكوين مشاعر المودة والمحبة .

لكن أحياناً يكون رد الفعل ضاراً ، فقد يؤدى إلى جعل الشخص يبالغ في المسالمة والخضوع والطاعة والاتكالية ، وجميعها سلوكيات غير ناضجة تدل على ضعف شخصيته وعجزه عن التوافق الاجتماعي الإيجابي .

٦ - التبرير Rationalization :

لا يقبل الإنسان الاعتراف بالفشل أو تحمل مسئوليته ، لأن الفشل خبرة مؤلمة بغيضة تؤدى إلى الشعور بالعجز والدونية والقلق ، وإلى الشعور بالذنب وعدم الجدارة . وهذا ما يجعل كل شخص فاشل يبرر فشله ليكون في نظره ونظر الناس فشلاً منطقياً معقولاً ، ويعفي نفسه من مسئوليته .

فعندما يفشل الطالب في أداء اختبار ، يُرجِعْ فشله إلى صعوبة الاختبار أو تعنت المدرسين ، وعندما يكره الطفل المدرسة ويتغيب عنها ، يعلل غيابه بمرض أمه ، والموظف الذى يفشل في الحصول على منصب جديد في عمله ، يشيع بين زملائه أنه غير راغب في هذا المنصب لعدم وجود امتيازات فيه ، والعامل الذى يفشل في عمل طاولة أو دولاب ، يلوم الخشب والمسامير ويتهم عِدَدَه وأدواته .

فالطالب والطفل والموظف والعامل لا يعترفون بالأسباب الحقيقية لفشلهم ويعطون التبريرات التي تجعل فشلهم معقولاً وخارجاً عن إرادتهم ، وبالتالي ينخفض توترهم ويخف قلقهم .

فالتبرير حيلة نفسية تقي الإنسان الاعتراف بالدوافع الحقيقية لسلوكه ، وتعفيه من مسئولية ما حدث له من فشل في تحقيق بعض أهدافه ، وتحميه من الشعور بالعجز والدونية ، وتخفف عنه مشاعر الذنب والقلق والتوتر .

ويختلف التبرير عن الكذب (١) في أن التبرير حيلة لا شعورية يخدع بها الإنسان نفسه ويخدع غيره ، أما الكذب فسلوك إرادى يخدع به الإنسان غيره .

---

(١) الكذب Lying هو الإخبار بغير الحقيقة بقصد خداع الآخرين . وهو سلوك مذموم لأنه يفسد العلاقات الاجتماعية ، ويبعد الناس عن الحقيقة ، ويقودهم إلى الضلال ، لذا حرمه الإسلام ، واعتبره آية من =

ولا يدرك الشخص في التبرير أنه يشوه الواقع أو يخبر بغير الحقيقة ، ولا يعي دوافعه الحقيقية من تبرير سلوكه ، أمّا الشخص الكذّاب يدرك ما يفعل ، ويقصد الكذب والإخبار بغير الحقيقة . وللتبرير أشكال كثيرة من أهمها :

(أ) **التقليل من أهمية الهدف المحبط** : ينطبق هذا النوع من التبرير على قصة الثعلب الذى فشل في الوصول إلى العنب ، لأنه في مكان مرتفع بالنسبة له ، وأعلن أنه لا يرغب في هذا العنب لأنه فاسد . كذلك الطفل الذى لا يستطيع اللعب مع الأطفال الآخرين ، ويعلن أنه لا يحب اللعب لأنه يعطّله عن المذاكرة .

(ب) **إبراز محاسن الواقع بما لا يدعو لتغييره** : فالموظف الذى يفشل في تغيير عمله يبرر ذلك بأن عمله الحالي مريح ، وليس هناك ما يدعوه إلى تغييره ، فبدلاً من أن يحط من شأن العمل الجديد الذى فشل في الحصول عليه ، يرفع من شأن عمله الحالي ليبرر استمراره فيه ، ويسمى هذا النوع من التبرير « تحلية الحامض The sweat Leomon » .

(جـ) **إيجاد كبش فداء Scape goating** : فيرجع الشخص أسباب فشله إلى عوامل خارجية ، ولا يلوم نفسه بل يلوم غيره لأنهم تسببوا في فشله . فالطالب الذى يرسب في الاختبار يرجع أسباب رسوبه إلى صعوبة الأسئلة ، وتحيّز المدرسين . والمرأة التي فشلت في حياكة الفستان تعلن أن ماكينة الخياطة غير جيدة أو خام القماش ردىء . وهذا يعني أن الطالب ليس مسئولاً عن الرسوب ، والمرأة ليست مسئولة عن الفشل في الخياطة .

والتبرير حيلة نفسية شائعة عند جميع الناس ، فكل شخص لا بد وأن تعرض للفشل في تحقيق هدف من أهدافه ، ولجأ إلى تبرير فشله بشكل ما ، حتى يحافظ على مفهوم ذاته ، ويحمي نفسه من القلق والشعور بالذنب . فالتبرير سلوك عادى لا يدل على سوء التوافق إلّا إذا بالغ الشخص في استخدامه ، وكذب على نفسه وعلى الآخرين ، وصدّق نفسه واقتنع بهذه التبريرات ، فلا يواجه مشاكله مواجهة حقيقية . وقد يؤدى التمادى في التبريرات إلى الانفصال عن الواقع وإلى هذاءات الاضطهاد كما في الاضطرابات العقلية حيث يلوم الشخص الناس ، ويعتقد أنهم يسعون إلى تحطيم مستقبله وإعاقة تقدمه ..

= آيات النفاق ، وسلوك يؤدى إلى الفجور . فقال الرسول عليه الصلاة والسلام : « آية المنافق ثلاث إذا حدّث كذب وإذا وعد أخلف وإذا أئتمن خان » .

٧ - الإســقاط Projection :

قد يشعر الشخص ببعض العيوب والنقائص والأخطاء والدوافع المستقبحة والانفعالات الدنيئة ، ولا يقبل وجودها في نفسه ويتبرأ منها ويسقطها على غيره من الناس ، فلا يشعر بذنب ولا إثم ولا خجل لأنها موجودة في غيره وليست موجودة عنده .

فالإسقاط حيلة نفسية لا شعورية هدفها وقاية الفرد من الاعتراف بعيوبه ونقائصه وأخطائه والصاقها بالآخرين .

فالزوج الذى لديه رغبة في خيانة زوجته ، ينكر هذه الرغبة الآثمة في نفسه ، ويسقطها على زوجته ، فيشك في سلوكها ، ويميل إلى اتهامها بالخيانة . والشخص المتعصب قد يسقط تعصبه على الآخرين ، ويعتقد أنهم هم المتعصبون ضده ، مما يعطيه تبريراً منطقياً لزيادة تعصبه ضدهم (Ringness, 1968) . والعامل الذى يفشل في عمل ما يسقط عدم كفاءته على غيره ، ويلوم الناس أو الظروف بدلاً من أن يلوم نفسه .

ويتم إسقاط المشاعر الدنيئة والرغبات القبيحة ، والصفات الذميمة والأخطاء الشنيعة على الآخرين لا شعورياً ، وعلى ثلاث مراحل : ففي البداية ينكر الشخص وجود هذه المشاعر ويتبرأ منها ، ثم يسقطها على غيره ويلصقها بهم ، وينمّي في نفسه صورة سيئة عنهم ، ويصفهم بصفات النذالة والخسة والعداوة ، ويهاجمهم ويسخط عليهم ويعرّيهم ويفضحهم ويسبهم ، ويضع نفسه مصلحاً ومعاقباً لروحهم الشريرة (Hountras, 1968) .

ونلمس الإسقاط في مواقف كثيرة ، فالوالد الذى يسقط عيوبه على أولاده يعاقبهم بقسوة ، والمدرس الكسول لا يغفر لتلاميذه كسلهم ، والقاضي صاحب الميول الإجرامية يشتد في معاملة المجرمين ، والزوجة التي لديها رغبة لا شعورية في الخيانة تقسو في محاسبة زوجها على علاقاته بزميلاته في العمل ، ورئيس العمل غير الكفء في عمله يتشكك في كفاءة جميع العاملين معه ، ويشتد في معاقبة الموظفين المخطئين .

والإسقاط حيلة نفسية مفيدة فهو من ناحية يعمل على تخفيف مشاعر الذنب والقلق والتوتر ، وهو عامل أساسي في كثير من الأعمال الإبداعية الرائعة

عند الأدباء والشعراء والرسامين والنحاتين ، فكم من كاتب أسقط ما في داخله في قصة أو قصيدة ، وكم من رسام عبّر عن أحاسيسه في لوحات فنية رائعة .

ويضاف إلى هذا فائدة الإسقاط الإكلينيكية في تشخيص المشاعر والاتجاهات والحاجات والدوافع اللاشعورية عند الناس وهو ما يعرف بالمنهج الإسقاطي Projective Technique في دراسة الحالة .

أمّا المبالغة في استخدام الإسقاط فضارة ، تؤذى الإنسان نفسياً واجتماعياً ، لأنها تجعله يتقاعس عن مواجهة عيوبه ونقائصه بواقعية ، إذا اكتفى بإسقاطها على غيره .

وقد يظهر الإسقاط بشكل حاد في هذاءات البرانويا والتي تدل على الاضطرابات الذهانية .

٨ – التوحـــد Identification :

التوحّد حيلة نفسية لا شعورية تؤدّى إلى خفض التوتر والقلق ، عن طريق اندماج الشخص مع شخص آخر يحبه أو يعجب به أو يخاف منه ، فيمتص قيمه واتجاهاته ، ويتمثل أهدافه وانجازاته ، ويقلد سلوكه وأخلاقه ، ويعجب بأفكاره واهتماماته ويشاركه أفراحه وأحزانه . فقد يفشل الفرد في تحقيق هدف ما ، ويتوحد بشخص آخر نجح في تحقيقه ، ويعتبر هذا النجاح بديلاً لنجاحه هو ، وقد يحب شخصاً ويعجب به ، فيتصف بصفاته وأخلاقه ، وقد يخاف من شخص فيتوحد به للحصول على تأييده وتجنب أذاه وعقابه .

ويحدث التوحد مع جماعات الأسرة والنادى والمدرسة والعمل والوطن ، فيندمج الشخص معها ، وينسب إلى نفسه صفاتها ، ويفخر بإنجازاتها ، ويعجب بقيمها ومعاييرها ، ويعتز بانتمائه إليها . فقد يتوحد الفرد مع وطنه ، فيشعر بالفرح لانتصاراته وانجازاته ، ويتألم لما يصيبه من أضرار ومحن .

وقد يحدث التوحد على مستوى خيالي عندما نندمج مع شخصية البطل في القصص التي نقرأها ، والحكايات التي نسمعها ، والأفلام التي نشاهدها في السينما والتليفزيون ، فنعجب به ، ونفرح لانتصاراته ، ونتألم لما يحدث له من مصائب وضغوط .

والتوحد له أهمية كبيرة في عملية التنشئة الاجتماعية حيث يتوحد الولد بأبيه وتتوحد البنت بأمها ، فيكتسب كل منهما الدور المناسب لجنسه ، ويمتص قيم أسرته ، ويكتسب الأخلاق والعادات والأوامر والنواهي التي تساعد على نمو ضميره ونضوج شخصيته .

كما أن للتوحد أهمية كبيرة في عملية التعلم ، فالتلميذ عندما يعجب بمدرسه يحبه ويندمج معه ، ويتصف بصفاته ، ويقبل مطالبه منه ، ويحب العلم الذى يعلمه ، ويقلد سلوكه ويمتص قيمه واتجاهاته وأفكاره وآراءه .

وعادة يتوحد الصغير مع الكبير فيتوحد الابن مع أبيه ، والبنت مع أمها ، والتلميذ مع مدرسه والتلميذة مع مدرستها ، لكن قد يحدث العكس فيتوحد الأب مع ابنه فيعجب به ويزداد حبه له ، ويكثر الحديث عنه ، ويفخر بنجاحه وتفوقه ويعتبره نجاحاً له هو . (نجاتي ، ١٩٨٣) .

والتوحد حيلة نفسية قد تكون مفيدة وقد تكون ضارة بحسب تأثيرها على نمو شخصية الفرد ، فالتوحد المفيد هو الذى يتم مع شخص ناضج نفسياً واجتماعياً وخلقياً ، أو مع جماعة صالحة ، أهدافها مشروعة ومعاييرها حسنة ، حيث يساعد هذا النوع من التوحد على نمو الشخصية ونضوجها ، واكتساب السلوك المقبول ، وامتصاص العادات والتقاليد والاتجاهات الحسنة .

أمّا التوحد الضار فهو الذي يتم مع شخص فاسد منحرف المزاج ، أو مع جماعة جانحة منحرفة الأهداف ، لأنه قد يؤدى إلى نمو الشخصية الجانحة أو الفاسدة ، عندما يقلد الفرد سلوك مَنْ توحد بهم ، ويمتص معاييرهم وقيمهم . وقد يؤدى التوحد إلى إعاقة نمو الشخصية عندما يتم التوحد مع شخص مسالم مستكين ، ضعيف عاجز ، مغلوب على أمره .

٩ – الخُلْفة Negativism :

نقصد بالخلفة ميل الشخص إلى العناد والتحدى والعصيان ، ومعارضة آراء الآخرين ومخالفة أوامرهم ، وعدم التعاون معهم ، والإصرار على عمل ما يرغب فيه .

والخلفة حيلة نفسية لا شعورية يلجأ إليها الشخص لإثبات ذاته ، أو تغطية شعوره بالنقص ، أو جذب الإنتباه إليه . فقد يرفض الطفل الطعام ويعاند لإثارة

انتباه والديه ، وقد يشاغب التلميذ في الفصل ويكذب ويعتدى لجذب انتباه مدرّسيه إليه وزيادة اهتمامهم به ، وقد يمرق المراهق عن سلطة والديه ومدرسيه ويخالف أوامرهم ، ويصر على عمل ما يريد لإثبات وجوده واستقلاليته .

والخلفة سلوك شائع عند الأطفال والمراهقين ، وتنتج عن شعورهم بالظلم والقسوة وكثرة الأوامر التي لا مبرر لها ، أو شعورهم بالإهمال والنبذ من الوالدين والمدرسين . فهم يعارضون ويعاندون ويخالفون والديهم ومدرسيهم لإثبات شخصيتهم واستقلاليتهم ، أو جذب الإنتباه إليهم ، أو لدفع الظلم عن أنفسهم والإنتقام مِمَّن ظلمهم .

وتعتبر الخلفة سلوكاً عادياً عند الأطفال في سن من ٢ - ٤ ، حيث يبدأ الطفل تمييزه لذاته وإحساسه باستقلاليته ، وشعوره بالقدرة على التأثير في البيئة وبالقدرة على إصدار الأحكام ، فيخالف تعليمات والديه ويعاندهم ، ويرفض مساعدتهم له ، ويصر على عمل ما يريد أو عمل عكس ما يطلب منه ، ولسان حاله يقول « خالف تُعرف » . فهو يخالف لكي يثبت أنه شخصية مستقلة لها كيانها وتأثيرها وتفكيرها . وهذا ما جعل علماء النمو يعتبرون الخلفة مرحلة من مراحل نمو النفس يمر بها كل طفل في سن من ٢ - ٤ سنوات . (سويف ، ١٩٦٨) .

١٠ - الكبت Repression :

عندما تراود الإنسان أفكار ورغبات غير مقبولة ، ويدرك - إن هو أقدم على عملها وتحقيقها تهديد تقدير الذات ، يصبح شعوره بها ووعيه بوجودها مصدراً لشعوره بالضيق والألم والتوتر والقلق ، فيلجأ إلى نسيانها وإبعادها من الشعور إلى اللاشعور ، أى يكبتها . (١)

---

(١) إذا تم إبعاد الرغبات ونسيانها لا إراديا سمي كبتا ، وإذا تم بطريقة إرادية سمي قمعا Supression ، ويعتبر الكبت سلوكا غير ناضج في الهروب من هذه الرغبات ، في حين يعتبر القمع سلوكا ناضجا ، يأتيه الإنسان ببصيرة ووعي وإرادة ، لتنظيم وترتيب حاجاته ، والسيطرة على رغباته وشهواته .

وكل إنسان مكلف بقمع الحاجات غير الصحية التي قد تنشأ عنده ، وطرد الأفكار الآثمة التي قد تراوده بتأثير النفس الأمارة ووسوسة الشيطان ، وله في قمع هذه الحاجات وطرد هذه الأفكار الثواب من الله . قال تعالى : ﴿ وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى فإن الجنة هي المأوى ﴾ ونهي النفس عن الهوى هو قمع الشهوات غير الصحية التي حرّمها الله ، والسيطرة على الشهوات الصحية واشباعها من =

فالكبت حيلة نفسية دفاعية تعمل على إبعاد الأفكار والمشاعر المؤلمة والرغبات غير المقبولة من الشعور إلى اللاشعور ، مما يساعد الإنسان على نسيانها ويخفف عنه مشاعر الذنب والتوتر والقلق المرتبطة بها .

ومن أهم الرغبات التي تتعرض للكبت الرغبات الجنسية غير المشروعة والرغبات العدائية تجاه الذات وتجاه الآخرين - خاصة تجاه الوالدين والأصدقاء والأقارب - لأنها رغبات محرمة أو سخيفة أو غير منطقية ، تفسد علاقة الشخص بنفسه وبغيره . والكبت مستويان :

(أ) **كبت سطحي** : يتم فيه نقل الرغبات من الشعور إلى ما قبل الشعور Pre-Conscious ، فينساها الفرد في اللحظة الحاضرة ، لكنه يستطيع تذكرها بشيء من الجهد واستعادتها في أي وقت بسهولة .

(ب) **وكبت عميق** : يتم فيه نقل الرغبات من الشعور إلى اللاشعور ، فينساها الفرد ولا يستطيع تذكرها بإرادته مهما بذل من جهد ، لأنه دفنها في منطقة بعيدة عن الإدراك والوعي ، بسبب ما تحمله من آلام وتهديدات للذات .

ولا يعني كبت الرغبات في « ما قبل الشعور » أو أعماق اللاشعور محواً لها بل هو إبعاد لها من الوعي بها ، ونقلها إلى منطقة اللاوعي بها ، وتظل رغبات حية لا تموت ، تعمل وتتحرك في الخفاء ، وتلح جاهدة في الظهور ، والأنا تمنعها وتقف لها بالمرصاد ، لكنها تنجح أحياناً في الافلات من رقابة الأنا ، وتظهر في فلتات اللسان وزلات القلم والأحلام ، أو تظهر في صورة أعراض عصابية وانحرافات سلوكية (فرويد ، ١٩٨٣) .

ويرجع الفضل لفرويد في الكشف عن أهمية الرغبات المكبوتة في حياتنا النفسية ، ودورها في نشأة العصاب والذهان والانحرافات السلوكية . فالرغبات تنشأ في الهو ، وتعمل الأنا على إشباع ما يتفق منها مع القيم والقوانين والمبادىء التي استقرت في الأنا الأعلى ، وكبت ما يتعارض معها . وعند كبت الرغبات غير المقبولة تقع الأنا بين ضغطين متعارضين : إلحاح الرغبة من الهو ، وصرامة الرقابة من الأنا الأعلى ، وتستطيع الأنا القوية تحمّل هذه الضغوط وتحقيق التوازن

= حلال . لمزيد من المعلومات يرجع إلى : نجاتي (محمد عثمان) القرآن وعلم النفس. القاهرة : دار الشروق ١٩٨١ .

بين الهو والأنا الأعلى ، أمّا الأنا الضعيفة فلا تقدر على تحمّل هذه الضغوط فيضطرب سلوك الشخص ، ويختل توازنه ، ويظهر العصاب أو الذهان .

فالكبت من وجهة نظر فرويد يحدث عند جميع الناس ، إلّا أن الأنا عند الأسوياء قوية ، تستطيع تحمّل ضغوط الهو والأنا الأعلى وتتحكم في الرغبات المكبوتة ، وعند العصابيين ضعيفة لا تقدر على ذلك ، وتفلت منها الرغبات المكبوتة وتظهر في صورة أعراض مرضية .

١١ – النكـوص Regression :

يقصد بالنكوص ارتداد الشخص في تفكيره وسلوكه – حين يعجز عن مواجهة المشكلات التي تعترضه – إلى أساليب توافقية غير ناضجة ، سبق له أن مر بها وتجاوزها وكانت تشبع له حاجاته وهو صغير . فالطفل الكبير الذى يولد له أخ صغير ، ويدرك تحول والديه عنه إلى الوليد الجديد ، يشعر بالغيرة والإحباط ، ويلجأ إلى تصرفات طفلية كانت تحقق له اهتمام والديه وعنايتهما به وهو صغير . من هذه التصرفات كثرة البكاء والصراخ والعناد ، وسرعة الغضب والاستثارة والتبول اللاإرادى ، ومص الأصابع وقضم الأظافر .

والنكوص في التفكير والسلوك حيلة نفسية دفاعية ، ليست قاصرة على الأطفال ، فقد يلجأ إليها الراشدون والمراهقون والمسنون ، عندما يعجزون في التغلب على مواجهة بعض الصعوبات في حياتهم اليومية ، فيواجه الشخص الإحباط والصراع بالبكاء والصراخ أو العناد والغضب ، أو الشكوى والتذمر وطلب العون من الآخرين .

ومن أشكال النكوص الحنين المرضي إلى الأسرة أو الوطن Home Sickness ، فكل شخص يشعر بالغربة والحنين إلى أسرته وبلده عندما يسافر إلى بلد آخر ، أمّا عندما تزداد مخاوفه ، ويشتد حنينه إلى الحد الذى يعوقه عن التوافق مع حياته الجديدة ، ويدفعه للعودة إلى بلده ، فهذا سلوك نكوصي غير ناضج ،

---

(١) النكوص في اللغة يعني الإحجام عن الشيء يقال نكص على عقبيه أى رجع وارتد . مختار الصحاح ص ٦٣٩ .

ومن الأمثلة على الحنين المرضي إلى الأسرة أو البلد ، الطالب الذى يقطع دراسته في الخارج ، ويعود إلى بلده لعدم قدرته على تحمّل الغربة ، والفتاة التي تترك بيت الزوجية لأنها لا تقوى على الابتعاد عن أمها (Hountras, 1968) .

والنكوص قد يكون جزئياً فيظهر الشخص الارتداد في التفكير والسلوك في بعض المواقف ولا يظهره في مواقف أخرى ، فالشاب الذى يرفض الزواج ويلجأ إلى ممارسة العادة السرية ، قد يكون سلوكه في النواحي الأخرى ناضجاً وليس فيه نكوص .

أمّا عندما يكون النكوص كلياً فيظهر الشخص الارتداد في التفكير والسلوك في جميع المواقف ، ويبدو كأنه طفل في جميع سلوكياته ، ولا يظهر عليه النضوج في أى جانب من جوانب الشخصية . وهذا ما نلاحظه عند بعض الفصاميين ، حيث يرتد المريض في تفكيره وسلوكه صغيراً ، يسلك مثل الأطفال في لعبهم وانفعالاتهم واهتماماتهم .

١٢ - أحلام اليقظة Day - Dreams :

أحلام اليقظة حيلة نفسية يتخيل فيها الشخص نجاحه في تحقيق أهدافه التي عجز عن تحقيقها في الواقع ، فتخف عنه مشاعر الفشل والإحباط والقلق ، ويستمتع بمشاعر الكفاءة والنجاح والتفوق في الخيال . فالشاب الذى فشل في الحصول على عمل يتخيل أنه حصل عليه ، والفتاة التي تشعر بعدم التقبل من زميلاتها تتخيل أنها ذات مركز مرموق بين زميلاتها والجميع يخطبون ودها ، والطالب الذى رسب في الاختبار يتخيل أنه نجح وحصل على مكافأة التفوق وعلى استحسان والديه ومدرسيه وزملائه .

وهكذا فالإنسان في أحلام اليقظة يشطح بخياله ويبني قصوراً في الهواء بعيداً عن حدود الواقع ومشاكله ، ويجد إشباعاً لجميع رغباته ، وتحقيقاً لكل أهدافه بسهولة ، فيتخلص من واقعه المؤلم ويستمتع بخياله السعيد . (١)

---

(١) ليست كل أحلام اليقظة مصدر سعادة واسترخاء ، فقد تثير بعض هذه الأحلام المخاوف والقلق والشعور بالذنب ، عندما يتخيل الشخص أنه ضحية أو مغلوب على أمره أو مهدد بالقتل بالذبح أو السم أو الجراثيم (مثلما يحدث في الهذاءات) مما يجعله في حالة خوف وقلق زائد .

ومن العوامل التي تجعل الإنسان يلجأ إلى أحلام اليقظة شعوره بعدم التقبل الاجتماعي ، وعدم القدرة على المنافسة ، وشعوره بالضعف والعجز ، وفشله في الدراسة أو العمل أو الزواج .

وأحلام اليقظة حيلة نفسية شائعة في جميع الأعمار ، لكنها أكثر شيوعاً عند الأطفال والمراهقين خاصة أولئك الذين يعيشون في ظروف أسرية تعرضهم للحرمان والقسوة ، مما يجعلهم يهربون من واقع حياتهم المؤلم إلى الخيال .

وأحلام اليقظة حيلة نفسية مفيدة ، فهي وسيلة للاسترخاء والانسحاب المؤقت من المشكلات ، حتى يمكن وضع خطة جديدة لمواجهتها والتغلب عليها في الواقع وهي – أى أحلام اليقظة – مصدر خصب للخيال المبدع في المجالات الفنية والأدبية والعلمية . فالروائي يعتمد على خياله في رسم أحداث ومواقف الرواية قبل أن يكتب عنها ، والعالم يعتمد على خياله في وضع فروضه قبل القيام بتجاربه وعلاج مشكلات بحثه ، فكل الاختراعات كانت في بدايتها أحلاماً قبل أن تصبح حقيقة واقعة .

لكن إذا أدت أحلام اليقظة إلى الهروب من الواقع، واكتفى الشخص بالنجاح في الخيال، فإنها تصبح ضارة تعوقه عن مواجهة مشاكله مواجهة حقيقية فيزداد فشله وإحباطه . فالطالب الراسب الذى يتخيل أنه نجح وتفوق ويكتفي بهذه الخيالات والأحلام ويعيشها وكأنها حقيقية ، يفشل في حياته الدراسية لأن النجاح في الخيال لا يغير واقعه الدراسي في شيء .

كما أن التمادى في التخيل والمبالغة في استخدام أحلام اليقظة يفسد حياة الشخص ، لأنه يبعده عن الواقع ويجعله شارداً كثير السرحان ، لا ينتبه ولا يعي ما يدور من حوله . فالطالب كثير اللجوء إلى أحلام اليقظة ، دائم الشرور لا ينتبه إلى الدرس ، ولا يفهم شرح المدرس ، ولا يستطيع التركيز على دراسته مما يؤدى إلى رسوبه وفشله في الدراسة ، والعامل الذى يكثر من أحلام اليقظة يكون قليل الإنتاج ، عرضة لحوادث العمل ، والسائق الغارق في أحلامه لا ينتبه للطريق ويقع في الحوادث .

وقد تؤدى أحلام اليقظة إلى فصل الشخص عن واقعه ، ويعيش أحلامه وتخيلاته وكأنها حقيقية كما يحدث في هذاءات الذهانيين .

١٣ - الإنسحابية Withdrawal :

الإنسحاب حيلة نفسية هروبية ، تهدف إلى تخفيف التوتر والقلق ، بالابتعاد عن الموقف المؤلم الذى يسبب الإحباط والنقد أو العقاب والإهانة . ويأخذ الإنسحاب أشكالاً كثيرة من أهمها الآتي :-

(أ) **الهروب من الموقف** : فالشخص الذى يجد الصد وعدم التقبل من الناس ، يبتعد عنهم ، ويفضل الوحدة والعزلة ، ولسان حاله يقول « البعد عن الناس فضيلة » أى صفة حسنة . والشخص الذى يخاف من الفشل يبتعد عن التحديات والمنافسات في العمل أو الدراسة . فقد تبين من بعض البحوث أن من أسباب هروب التلاميذ من المدرسة الخوف من العقاب والخوف من الفشل في أداء الاختبارات والواجبات المدرسية ، والشعور بالنقص والدونية . فقد يترك الطالب المدرسة لأن ملابسه غير مناسبة تجعله موضع سخرية من زملائه (Hountras, 1968) .

(ب) **الخضوع والاستسلام** : عندما يشعر الشخص بعدم الكفاءة في المواقف الاجتماعية ، يخضع للآخرين ، ويصبح اتكالياً ضعيف الشخصية سهل الانقياد والاستسلام ، خجولاً منطوياً على نفسه ، ولا يرغب في تحقيق أى هدف .

ويعتبر الإنسحاب من الموقف سلوكاً عادياً إذا كان وسيلة للابتعاد عن المشكلة مؤقتاً ثم العودة لمواجهتها بأساليب جديدة مناسبة . مثل الشخص الذى يجد أن الوقت غير مناسب لحل مشكلته ، ويبتعد عنها حتى يجد الوقت المناسب ، أو يجد أن أساليبه غير مناسبة لمواجهة المشكلة ، وينسحب حتى يستعد ويعدل أساليبه .

أمّا الانسحاب الذى ينتج عن رغبة في العزلة ، وتجنب الناس وزهد في تحقيق الأهداف ، فيعتبره علماء النفس والأطباء العقليون من العلامات الخطيرة لسوء التوافق ، لأنه حيلة نفسية دفاعية لتخفيف مشاعر القلق والتوتر والدونية التي تنتج عن الشعور بالعجز عن مواجهة المواقف وعن الفشل في التغلب على العوائق التي في الموقف .

ويعاني الشخص الانسحابي من تأخر في نضوج الشخصية ، ومن الشعور بالنقص ، مما يجعله يتجنب مصاحبة الناس لخوفه من النقد والإهانة والعقاب ، ويبتعد عن المواقف التي تتطلب منه جهداً أو التي تضعه في موقف منافسة وتحدى مع الآخرين حتى لا يتعرض للفشل والإحباط .

والطفل الانسحابي هادىء ، منطو على نفسه ، خجول سريع البكاء ، تجرح إحساساته بسهولة ، لا يثق بنفسه ولا بالآخرين ، وقد يعاني من التبول اللاإرادى ، وقضم الأظافر ومص الأصابع .

ومن عوامل تنمية هذه السمات في الشخصية الانسحابية ضعف البنية واعتلال الصحة ، ووجود عيوب وعاهات جسمية ، أو تعرض الطفل للحرمان والمعاملة القاسية من والديه ومدرسيه .

ومن الملاحظ أن المدرسين والآباء لا يهتمون بمشكلة الطفل الانسحابي مثل اهتمامهم بالطفل العدواني والمشاغب والعنيد ، مع أن الانسحابية أشد خطراً من العدوانية على النمو النفسي في مرحلة الطفولة لسببين :—

(ا) العدوان سلوك صريح يساعد على تفريغ الطاقات وتخفيف التوترات النفسية ، أمّا الإنسحابية فليس فيها تعبير صريح ، وتزيد التوتر والقلق والألم ، وتؤدى إلى سوء التوافق . فالطفل الإنسحابي تعس في حياته لكنه لا يفصح عن ذلك .

(ب) الطفل العدواني يواجه إحباطاته بالتمرد والمروق والمشاغبة والعصيان والعناد ، وهي سلوكيات مزعجة للآباء والمدرسين ، تجعلهم ينتبهون لمشكلة الطفل ، ويبحثون عن حل لمشكلاته . أمّا الطفل الانسحابي فيعترف بهزيمته وفشله وخيبة أمله ، ولا يحاول التحدى والإفصاح عن مشاكله وصعوبات حياته ، فلا يعرف أحد بها ولا يجد لها حلاً ، مما يجعله عرضة للعصاب والذهان والانحرافات السلوكية .

لذا يجب عناية الآباء والمدرسين بالأطفال الانسحابيين ، ومعرفة أسباب انسحابيتهم وعلاجها في الوقت المناسب ، وتشجيعهم على مشاركة الآخرين ، والإقبال على النشاطات الاجتماعية ، وحثهم على الإقدام والمثابرة وتنمية ثقتهم في أنفسهم وفي الآخرين .

الحيل النفسية والصحة النفسية :

الحيل النفسية سلوك متعلم ، تفيدنا في مواجهة بعض الاحباطات والصراعات ، وتساعدنا على حماية أنفسنا من مشاعر عدم الجدارة وعدم الكفاءة ، وتخفف عنّا التوتر والقلق والشعور بالذنب ، مما يعطينا الفرصة لالتقاط الأنفاس وإعادة النظر في أساليب مواجهتنا للعوائق والصعوبات ، فنعدل استجاباتنا ونزيد جهودنا ، ونغيّر أهدافنا ونبدلها بحسب إمكاناتنا وظروفنا ، فيحسن توافقنا في المواقف المختلفة .

يضاف إلى هذا أن بعض الحيل النفسية تساعد على بناء الشخصية وتحقيق التوافق الاجتماعي ، فتوحد الطفل بوالديه يساعده على اكتساب السلوك المناسب لجنسه ، وامتصاص ضوابط السلوك ومعايير المجتمع . والإعلاء يساعد الشخص على تصريف طاقاته المتعلقة بالرغبات غير المقبولة في مجالات مفيدة اجتماعياً والتعويض يساعد على النجاح والتفوق في أعمال كثيرة . والكبت والقمع يساعدان على إخفاء المشاعر غير الطيبة تجاه الآخرين فيحسن التوافق الاجتماعي .

لكن كثرة اللجوء إلى الحيل النفسية والتمادى في استخدامها مدة طويلة يؤديان إلى سوء التوافق وانعدام الصحة النفسية ، فأحلام اليقظة مثلاً تفيد في تخفيف التوتر والقلق والشعور بالارتياح في مواقف الإحباط والصراع ، أمّا كثرة استخدامها والتمادى فيها يفسد حياتنا ، ويبعدنا عن الواقع ، ويعوقنا عن مواجهة مشاكلنا مواجهة حقيقية .

ونخلص من هذا إلى أن استخدام الحيل النفسية يؤدى إلى سوء التوافق وانعدام الصحة النفسية إذا بالغ الشخص في اللجوء إليها ، واكتفى بالحلول غير الواقعية لمشكلاته ، وابتعد عن مواجهة حياته بواقعية ، لأنها – أى الحيل النفسية – لا تعالج المشاكل ، ولا تحل الصراعات ، ولا تشبع الحاجات الأساسية ، مما يجعل الشخص يشعر بالإحباط من جديد ، فيتأزم ويتوتر ويقلق ، ويزداد لجوؤه إلى الحيل النفسية لتخفيف هذه المشاعر . وهكذا يتمادى في استخدام الحيل حتى يبطل مفعولها ، فيشعر بالعجز وعدم الكفاءة وينهار نفسياً ، وتظهر عليه أعراض العصاب أو الذهان التي تعتبر حيلاً نفسية مبالغاً فيها .

تقـويم التوافـق

يتوافق الإنسان مع كل موقف يواجهه بشكل ما ، إمّا بأساليب مباشرة أو أساليب غير مباشرة ، ويتم توافقه إما بعد تحقيق هدفه - كله أو بعضه - أو بعد تحقيق هدف بديل ، أو بعد تأجيل هدفه الأصلي أو الغائه . وقد يتعرض في توافقه للإحباط والصراع ، ويشعر بالقلق والتوتر والكدر والغضب ، ويلجأ للحيل النفسية الدفاعية لتخفيف هذه المشاعر .

فمتى نعتبر توافقه حسناً ؟ ومتى نعتبره سيئاً ؟ . تختلف الإجابة عن هذين السؤالين من مجتمع إلى آخر بحسب قواعد السلوك السائدة في كل منهما ، فالتوافق الذى يكون حسناً في مجتمع قد يكون سيئاً في غيره .

فمثلاً إشباع الحاجة الجنسية عن طريق الاتصال بشخص من نفس الجنس (جنسية مثلية) كان يعتبر توافقاً حسناً عند الأغريق ، بينما يعتبر توافقاً سيئاً في كثير من المجتمعات الحديثة . ويعتبر إشباع الحاجة إلى الطعام بتناول لحم الخنزير توافقاً حسناً في المجتمعات غير الإسلامية وتوافقاً سيئاً في المجتمعات الإسلامية . وتعتبر حراسة المرأة لقدر الطبخ فلا تتركه خوفاً من أن يدس أخد السم فيه توافقاً حسناً عند قبيلة دوبو Dobu بماليزيه Malenesia ، في حين يعتبر توافقاً سيئاً في مجتمعاتنا ويدل على جنون البرانويا . ويعتبر زواج المرأة من قاتل زوجها توافقاً حسناً عند بعض قبائل الإسكيمو (Holme, 1972) في حين يعتبر توافقاً سيئاً عندنا ويدل على الشذوذ والفجور .

ومن وجهة نظرنا في الصحة النفسة نحكم على توافق الشخص بالحسن أو السوء (أي بالسواء أو عدم السواء) في ضوء شريعتنا الإسلامية بحسب الأهداف التي حققها وأساليبه في تحقيقها ، فنعتبر توافقه حسناً إذا كانت أهدافه مشروعة ، وحققها من حلال بأساليب مقبولة اجتماعياً ودينياً . ونعتبر توافقه سيئاً إذا كانت أهدافه غير مشروعة ، أو كانت مشروعة وحققها من حرام ، أو كانت مشروعة وفشل في تحقيقها أو تعديلها أو تبديلها أو الغائها ، وأدت إلى استغراقه في الحيل النفسية . وفيما يلي بيان ببعض خصائص التوافق الحسن Well-adjustment والتوافق السيء Mal-adjustment :

جـــدول
يبين خصائص التوافق الحسن
والتوافق السيء فى المجتمعات الإسلامية

	التوافق الحســـن	التوافق السـيء
١	– الوصول إلى أهداف مشروعة .	– الوصول إلى أهداف غير مشروعة .
٢	– تحقيق الأهداف من حلال وبأساليب مقبولة .	– تحقيق الأهداف من حرام وبأساليب غير مقبولة اجتماعياً ودينياً .
٣	– النجاح في تحقيق معظم الأهداف المشروعة .	– الفشل في تحقيق معظم الأهداف المشروعة .
٤	– التعرض للإحباط أحياناً .	– التعرض للإحباط كثيراً .
٥	– القدرة على تحمل الإحباط ، ومواجهته بأساليب توافقية مباشرة في معظم الأحيان .	– الشعور بالفشل والقنوط والعجز عن مواجهة الإحباط حتى في المواقف البسيطة .
٦	– الوقوع في الصراع أحياناً .	– الوقوع في الصراع كثيراً .
٧	– إدراك الصراع والاعتراف به صراحة والقدرة على تحمله وحله بسرعة .	– عدم الاعتراف بالصراع صراحة ، وعدم القدرة على تحمله والفشل في حله في الوقت المناسب .
٨	– مواجهة العوائق بأساليب توافقية فعالة وناضجة .	– مواجهة العوائق بأساليب توافقية غير فعالة وغير ناضجة .
٩	– الشعور بالتهديد في بعض المواقف التي فيها خطر حقيقي .	– الشعور بالتهديد والعجز في مواقف كثيرة قد تبدو مواقف عادية عند معظم الناس .
١٠	– الشعور بقلق في بعض المواقف التي تثيره .	– الشعور بالقلق في مواقف كثيرة قد تبدو عادية ليس فيها ما يثير القلق عند معظم الناس .

التوافق الحسن	التوافق السيء
١١ – الشعور بالقلق المناسب لما في الموقف من أخطار .	– الشعور بقلق زائد على ما في الموقف من أخطار .
١٢ – الشعور بالكفاءة وتقدير الذات .	– الشعور بعدم الكفاءة والحط من قدر الذات .
١٣ – اللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية أحياناً .	– اللجوء إلى الحيل النفسية كثيراً .
١٤ – عدم الاستغراق في الحيل النفسية ومواجهة الموقف بواقعية .	– الاستغراق في الحيل النفسية ومواجهة الموقف بأساليب غير مناسبة .

الفصل الرابع

الاضطرابات النفسية والعقلية

- تمهيـد
- الاضطرابات النفسية
- أنماط من الاضطرابات النفسية :
  - ١ - عصاب القلق .
  - ٢ - الهستيريا .
  - ٣ - عصاب الوسواس القهري .
- الاضطرابات العقلية
- أنماط من الاضطرابات العقلية
  - ١ - الفصام
  - ٢ - الاكتئاب الذهاني
  - ٣ - ذهان الشيخوخة

هذا الفصل من إعداد الدكتور محمد عودة .

تمهيد

يهدف هذا الفصل إلى تقديم فكرة عن الاضطرابات النفسية والعقلية (١) التي قد يتعرض لها البعض فتنغص عليهم عيشتهم ، وتحرمهم من الراحة والطمأنينة وتصرفهم عما هو مألوف ، وتخرجهم عن أطوارهم التي خلقهم الله عليها مما يؤثر على صحتهم النفسية ، ويدفعهم إلى أداء سلوكات غير عادية .

فقد ينتابهم الشك والريبة في القيم الدينية والأخلاقية السائدة في المجتمع لدرجة يفلت معها الزمام وتختل قدرة الفرد على الضبط الذاتي لسلوكاته بحيث تصبح تتأدى دونما وازع من دين أو رادع من ضمير . وقد يمس الاضطراب البعد الانفعالي للفرد فيعاني القلق والتوتر والضيق ، ويبدى أعراض الهم والغم وقد يمتد الاضطراب إلى البعد المعرفي للفرد فتتدهور قدرته على أداء العمليات العقلية كلها أو بعضها ، فيتشوش فكره وتضطرب خيالاته وتضعف ذاكرته وتشتد هلوساته .

وسنحاول في هذا الفصل أن نقدم تلك الاضطرابات دونما تعمق كبير في جوانبها الاكلينيكية فما يهمنا هنا هو أن يحيط القارىء علماً بمفهوم الاضطراب النفسي والاضطراب العقلي ، وكيف يمكنه أن يتعرف على كل منهما ويحيط علماً بأهم أسبابها وطرق العلاج بشكل عام لكل منهما . وسنبدأ أولاً بالاضطرابات النفسية يلي ذلك الاضطرابات العقلية .

---

(١) دعا ايزنك Eysenck عام ١٩٥٧ إلى استبعاد كلمة مرض Disease من مجال الطب العقلي واستخدام كلمة اضطراب بدلا منها . وبالمثل فإن الطب النفسي هو الآخر ميّال إلى نفس الاستخدام . إلّا أنّ المراجع النفسية لم تطبق هذا الاتجاه بشكل جاد ، وظلت الكلمتان مستعملتين ونود أن نشير إلى أنه قد ترد كلمة مرض في هذا الفصل فرجو أن تفهم على أنها اضطراب والعكس بالعكس .

الاضطرابات النفسية

تعريفها :

هي « مجموعة من الاضطرابات المرضية الشاذة التي لا يكون لها أسباب عضوية واضحة وإنما تعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي والتي تؤدى إلى إختلال جزئي في الشخصية بحيث يكون المريض بها لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية » . (بركات ، ١٩٧٨ ، ص ١٧٧) .

ويتسم هذا النوع من الاضطرابات بظهور أعراض مختلفة أهمها : القلق والخوف والاكتئاب والوساوس والأفعال القهرية وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة واضطرابات النوم ... الخ . في نفس الوقت تبقى شخصية المريض مترابطة متكاملة ، ويظل سليم الادراك قادراً على استبصار حالته المرضية والتحكم في سلوكاته إلى حد كبير ، وبالتالي يظل متحملاً لمسئولياته قادراً على القيام بواجباته كمواطن . (عكاشة ، ١٩٦٩) .

مدى انتشارها :

إن هذه الاضطرابات قد أضحت في هذه السنوات تمثل المشكلة الصحية العامة ، ذلك أنها تتفوق في مدى انتشارها على الاضطرابات العقلية أو حتى بعض الأمراض العضوية . (عكاشة ، ص ٢٠) . وتفيد إحصائية وات ، ١٩٥٢ التي أجريت في بريطانيا أن ١٢ ٪ من المرضى يعانون العصاب وكذلك ١٠ ٪ يعانون أمراض سيكوسوماتية . أما في مصر فقد وجد الدكتور عكاشه أن نسبة المرضى النفسانيين تتراواح بين ٤٠ ، ٦٠ ٪ من مرضى القلب وبين ٣٠ – ٤٠ ٪ من مرضى الصدر ، وبين ٥٠ – ٦٥ ٪ من مرضى الجهاز الهضمي وبين ٣٠ – ٤٠ / من مرضى الأمراض التناسلية وبين ٢٠ – ٣٠ ٪ من مرضى أمراض النساء ، و ٧٠ ٪ ممن يترددون على أطباء الأعصاب .

كما أن الأمراض النفسية تشكل تهديداً لاقتصاد أى بلد ، حيث أشارت إحدى الدراسات إلى أن حوالي ٤٠ – ٦٠ ٪ من عمال المصانع يتغيبون عن عملهم لأسباب نفسية ، كما أن هذه الاضطرابات هي أكثر انتشاراً بين النساء منها بين الرجال بشكل عام . (عكاشه ، ١٩٦٩) .

تفسيراتها :

تعددت تفسيرات الاضطرابات النفسية بتعدد النظريات والمدارس النفسية ، وكذلك بتنوع الثقافات والأيديولوجيات . وسنشير هنا إلى بعض الاتجاهات التي تفسّر هذا النوع من الاضطرابات .

١ - **التفسير البدائي** : في العصور الأولى من تاريخ البشرية كان هناك اعتقاد سائد بوجود مخلوق صغير يسكن جسم الإنسان ويتحكم فيه . ويمكن لهذا المخلوق أن يكون طيباً وخيراً وعندئذ يسلم صاحبه من الاضطرابات النفسية كما يمكن له أن يكون شريراً وعندئذ يعاني صاحبه تلك الاضطرابات ولهذا عمد القدامى إلى محاولة السيطرة على هذا المخلوق وإخضاعه عن طريق التعذيب والأذى حيث كان المرضى يودعون في السجون المظلمة ويقيدون بالسلاسل ويتعرضون للتعذيب .

ومنذ حوالي ٣٠٠٠ سنة قبل الميلاد كان يظن أن الاضطرابات النفسية ترجع إلى قوى خارجية غير عادية وأن سببها مس من الجن أو عمل الشيطان . ولذا كان المعتقد السائد أنه من الممكن للسحرة والعرافين أن يحرروا المريض من سيطرة هذه القوى الشريرة . وقد أثبتت الحفريات أن إنسان العصر الحجرى كان يلجأ إلى إحداث ثقوب في جمجمة المريض لتخليصه من تلك الأرواح التي تسكن دماغه . وظلت مثل هذه المعتقدات البدائية تظهر وتختفي بحسب تقدم الدراسات الطبية والنفسية .

ففي العصور الوسطى مثلاً عـادت مثل هذه الأفكار للظهور حيث شاع أن الجن يلبسون أحياناً جسم الإنسان ويعيشون فيه بكيفية غير معروفة فيصاب الإنسان عن طريقهم بمرض من الأمراض كالصرع والجنون والتشنج إلى غير ذلك . وعرفت بعض طرق العلاج من هذه الأمراض مثل : التصالح مع الجني والتعاهد معه إن كان ذلك يصلح معه ، أو بالرقي والتعاويذ والتخويف والارهاب . (أيوب ، ١٩٧٧) .

أمّا في أوربا فلم يكن الأمر يختلف ، حيث سادت هناك معتقدات السحر والشعوذة ، ومحاولة علاج المرضى بالإستعانة بالكهنة والرهبان وبالضرب

والتعذيب والتشريد وترك المريض يهيم في الأرض . وأحياناً يكون العلاج بالتحايل على الأرواح الشريرة واسترضائها بالأحجبة والمشروبات السحرية حتى تهدأ تلك الأرواح وتخضع لطاعة الكهنة والسحرة .

ولا شك أن مثل هذه المعتقدات ما زالت منتشرة إلى حد كبير في الكثير من بلدان العالم الثالث وخاصة تلك الأجزاء التي ما زالت بعيدة عن العمران والتقدم العلمي . وما زال الكثيرون يلجأون إلى السحر والزار وإلى الاستعانة بالتمائم والأحجبة وإلى الالتجاء إلى الدجالين والمشعوذين .

التفسير الإسلامي :

من المؤسف حقاً أن بعض أدعياء الدين قد شوهوا الدين الإسلامي وأدخلوا الكثير من الخرافات والأساطير التي عرفها العرب ممن جاورهم من الأمم كالفرس والهنود والإغريق ، وكذلك ما عرفوه من خبرات أيام الجاهلية ، وأوهموا الناس أن هذا كله من الدين الإسلامي . وعليه فإن أول ما نؤكد عليه هو بعد الدين الإسلامي الحنيف عن كل هذا ، وأن هذا الدين قد قدم تفسيراً لم يسبقه إليه أحد للاضطرابات النفسية ، ذلك التفسير الذى يذهب إلى أن الخلل الذى يصيب الفرد المسلم يتمثل أولاً في تحلله من التزامه بأوامر الله ونواهيه ، وأولئك هم الذين في قلوبهم زيغ يتحدث عنهم الله تعالى في قوله :

﴿ هو الذى أنزل عليك الكتاب منه آيات محكمات هن أم الكتاب وأخر متشابهات ، فأما الذين في قلوبهم زيغ فيتبعون ما تشابه منه ابتغاء الفتنة وابتغاء تأويله وما يعلم تأويله إلّا الله . والراسخون في العلم يقولون آمنا به كل من عند ربنا وما يتذكر إلّا أولو الألباب * ربنا لا تزغ قلوبنا بعد إذ هديتنا وهب لنا من لدنك رحمة إنك أنت الوهاب ﴾ (١) .

فإذا ما زاغ قلب الفرد ضعفت قدرته على الضبط الذاتي ، وأصبح أسير شهواته وغرائزه ودوافعه الفطرية البدائية ، يستسلم بسهولة إلى وسوسات الشيطان ويفقد القدرة على تحمل ما قد يتعرض له من إحباط وما قد يصيبه من حوادث وقد تحدث القرآن الكريم عن تلك الحوادث في قوله تعالى :

---

(١) آل عمران : آيات ٧ و ٨ .

﴿ ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون * أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون ﴾ [1] .

فإذا ما وصل الفرد إلى هذا الحد فإنه من الطبيعي أن يعاني الاضطرابات النفسية . هذا الاضطراب الذى يمتد شيئاً فشيئاً إلى الجسد وإلى علاقات الفرد بالآخرين ، وقد ينسى السبب الأساسي للاضطراب النفسي – عدم الالتزام بأوامر الله ونواهيه – ويتركز الاهتمام على الأسباب الاجتماعية والجسمية والنفسية وهذا ما تفعله النظريات الوضعية في جملتها .

٣ – **التفسيرات الوضعية** : يمكننا تصنيف هذا النوع من التفسيرات إلى ثلاثة إتجاهات ، الأول يشمل النظرية الوراثية والثاني النظرية البيئية والثالث الذى يأخذ بكلتا النظريتين معاً .

(أ) **النظرية الوراثية** : تطرح هذه النظرية مجموعة الخصائص النفسية والجسمية التي تقوم على أساس الاستعداد الوراثي للفرد بإعتبار أن لها الدور الأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية . وقد بنيت هذه النظرية على نتاج الدراسات التي أجريت على التوائم المتشابهة . وقد وجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب فعادة ما يصاب الآخر بنفس الاضطراب – كذلك دلت دراسة العائلات على أن استجابة أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية العصاب فإذا أصاب أحدهم استجابة القلق فعادة ما يستجيب أفراد العائلة لتلك الإستجابة ويلخص الجدول التالي الأبحاث المتعلقة بالعامل الوراثي للاضطرابات النفسية .

---

(١) البقرة : آية ٢٤٧ .

جدول رقم (٤ - ١)

يبين نسبة الأمراض النفسية بين التوائم

الباحث		توائم متشابهة	توائم غير متشابهة
سليتر	١٩٥٣	٪ ٢٥	٪ ١٩
اهـدا	١٩٦٠	٪ ٢٠	٪ ٤٠
براكوني	١٩٦١	٪ ٩٠	٪ ٤٣
تنيارى	١٩٦٣	٪ ٥٧	لم تدرس
باركر	١٩٦٤	٪ ٧٠	٪ ٦٣
شيلدز	١٩٦٦	٪ ٤٠	٪ ١٥

ورغم اختلاف نتائج هذه الدراسات إلّا أنها تبين أن نسبة انتشار الأمراض النفسية بين التوائم المتشابهة هي أكبر منها لدى التوائم غير المتشابهة مما يؤكد أهمية العامل الوراثي في نشأة الأمراض العصابية . (عكاشة ، ص ٢٤) .

(ب) النظريات البيئية : مجموعة النظريات التي تعتقد بدور البيئة الأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية تكون في مجموعها النظرية البيئية لتفسير تلك الاضطرابات . ومن أهم النظريات البيئية : نظرية التحليل النفسي التي ردت الاضطراب العصابي إلى صدمة نفسية جنسية ثم عقدة أوديب [١] ، ثم الصراع بين مكونات الشخصية الهو والأنا والأنا الأعلى - ثم الإهمال البيئي ، ثم الشعور بالنقص ، ثم النمط الانطوائي [٢] ثم صدمة الميلاد [٣] ثم القلق الأساسي [٤] - ثم المشاكل الناشئة عن التشكل الحضاري [٥] .

(١) عقدة أوديب : الصراع بين الطفل ووالده من أجل الاستحواذ على الأم .

(٢) النمط الانطوائي : فيه يرتد الليبيدو إلى الداخل نحو الحقائق الذاتية ، ويميل صاحبه إلى الحياة في عالم الخيال (يونغ) .

(٣) صدمة الميلاد : عملية الولادة في حد ذاتها ، حيث اعتبرهاأوتورانك أنها المصدر الأساسي للقلق .

(٤) القلق الأساسي : هو الشعوب بالبؤس وسط عالم معاد ويظهر ذلك من التفاعل بين مشاعر القلق والكراهية التي تنبعث من اهمال الوالدين للطفل . (هورني) .

(٥) التشكل الحضارى : إن بناء الشخصية النهائي هو نتاج التفاعل مع الكائنات الانسانية الأخرى . (سليفان) .

ثم النظريات غير التحليلية ومنها : المدرسة السيكوبيولوجية التي أسسها أدولف ماير Adolf Mayer (١٨٦٦ – ١٩٥٠) . وقد أكد ماير على دور مستويات الطموح غير الواقعية وعدم تقبل الذات باعتبارهما عاملين أساسيين للاضطرابات النفسية . ويميل الطب النفسي في الولايات المتحدة إلى الأخذ بهذه النظرية واعتبار جميع الأمراض النفسية استجابات توافقية أو تكيفية بيئية للفرد .

ومن النظريات غير التحليلية أيضاً المنهج الوجودى الذى يؤكد على دور الخبرات الذاتية للمريض وخبراته بعالمه وبالناس من حوله في إحداث الاضطرابات النفسية لديه .

ومن النظريات البيئية أيضاً نظرية « التنشئة الاجتماعية » وهي تلك النظرية التي تعتبر علاقة الطفل بوالديه أو الأرضية الأسرية بشكل عام ، هي السبب غالباً في ظهور الاضطرابات النفسية ، خاصة إذا لم توفر له الأسرة الحب والعطف والأمان والأمن والاستقرار وإذا لم تعلمه النظام فقد أثبت الكثيرون من علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار أو الحرمان العاطفي والعطل والولادة غير الشرعية والانفعال عن أحد الوالدين والطلاق والإدمان والتبني والنشأة في ملجأ وعدم التوافق الأبوى ... الخ أثر كل ذلك في ظهور الاضطرابات النفسية . (عكاشه – ص ٣٦) .

(ج) **النظرية السلوكية الحديثة** التي تأخذ بدور كل من الوراثة والبيئة في إحداث الاضطرابات النفسية والتي يتبناها علماء السلوكية أمثال فولبي وايزنك ورحمان . فيذهب ايزنك إلى أن الأمراض النفسية تنشأ من تكوين أفعال منعكسة خاطئة بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة . وأن هذه الأمراض ما هي إلّا أنماط من السلوك تعلمناها لنخفف من آلام القلق في ظروف خاصة ، ويقدرها المريض باحجامه عن القيام بأى عمل يؤدى إلى مخاوف معينة مما يساعد على تثبيت السلوك المرضي . كما ذهب أيضاً إلى أن الأمراض النفسية تنشأ من تفاعل أبعاد

الشخصية ما بين انطوائي وانبساطي مع الاستعداد الوارثي للعصاب . فإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت بعض الاضطرابات مثل : القلق والوساوس والاكتئاب ... الخ ، أما إذا تفاعلت الانبساطية مع الاستعداد الوراثي للعصاب فتنشأ الهستيريا والشخصية السيكوباتية ويلاحظ هنا

صعوبة تكوين الأفعال المنعكسة الشرطية وبالتالي صعوبة التكيف مع المجتمع . ويبين الدكتور عكاشة أفكار ايزنك هذه بالرسم التخطيطي التالي :

الاستعداد الوراثي للعصاب

انبساطية	انطوائية
صعوبة تكوين انعكاس شرطي وسهولة انطفاء الانعكاس في حالة تكونه .	سهولة تكوين انعكاس شرطي وصعوبة انطفائه .
هستيريا وسيكوباثية	قلق ، وساوس قهرية واكتئاب

إنّ هذه الاتجاهات الثلاثة قد كشفت عن تعدد العوامل التي يمكن أن تساهم في إحداث الاضطرابات النفسية . فالعوامل الوراثية والعوامل البيئية الكامنة وراء ذلك الاضطراب تبين لنا مدى تعقده ، وتنبهنا إلى ضرورة التحرى الدقيق وعدم القفز السريع إلى النتائج ونحن نبحث عن الأسباب والعلل وراء الاضطراب النفسي . وكلما نجحنا في تحديد العوامل التي أحدثت الاضطراب كلما كنا أقدر على وضع الخطة العلاجية المناسبة . وقد تعددت العلاجات الخاصة بالاضطرابات النفسية وتنوعت تبعاً لتعدد وتنوع النظريات النفسية المفسرة للعصاب ونتناول فيما يلي بعضاً من طرق العلاج النفسي .

علاج الاضطرابات النفسية :

إنّ أية عملية علاجية لأى اضطراب نفسي تهدف أولاً وآخراً إلى الشفاء ولكن هذا الهدف قد يكون صعب المنال خاصة مع بعض الحالات المزمنة التي تتحدى بالفعل التقدم الحديث في الطب النفسي ، والتي نعجز فيها عن تحديد الأسباب الحقيقية الكامنة وراءها . وفي مثل هذه الحالة نخفض من مستويات طموحاتنا من وراء العملية العلاجية بحيث نتوجه إلى تخفيف أو شفاء الأعراض بغض النظر عن الأسباب الأصلية للداء .

وفي حالة فشلنا حتى في إزالة الأعراض أو التخفيف منها ننتقل إلى التركيز على الهدف الثالث من العلاج والمتمثل في مساعدة المضطرب على التوافق الاجتماعي مع علته بحيث يعمل للمعيشة بها ويتقبلها ويختار العمل المناسب لتلك العلة حتى لا يتعرض للانعزال والشلل الاجتماعي .

هذا من حيث الأهداف . أمّا من حيث المكان الذى تتم فيه العملية العلاجية فهناك توجه عام لعلاج الاضطرابات النفسية خارج المستشفيات بالعيادات الخارجية . ولكن هذا التوجه لا يمنع من استخدام المستشفيات لبعض الحالات الصعبة التي تبدى أعراضاً شديدة تجعل حياة المريض وسط المجتمع صعبة أو في حالات عدم التوافق الاجتماعي ، أو تلك التي تحتاج إلى علاج جراحي أو عقاقير لا بد أن تعطى تحت إشراف الطبيب .

أمّا من حيث طرق العلاج فهي متعددة وسنعرض منها كلا من : العلاج النفسي والعلاج البيئي والاجتماعي والعلاج الديني والعلاج العضوي .

العلاج النفسي (1) Psychotherapy :

يتنوع العلاج النفسي بتنوع المدارس النفسية التي تعرضت لدراسة الاضطرابات النفسية وقد رأينا في الفصل الأول بعضاً من هذه المدارس وسنحاول فيما يلي تلخيص أهم أنواع العلاج النفسي .

(أ) **التحليل النفسي Psychoanalysis** : تقوم فلسفة هذا العلاج على مسلمة مفادها أن الاضطرابات النفسية نتاج حوادث وصدمات واجهها الإنسان في طفولته المبكرة ونسيها بكبتها في اللاشعور بكل ما تمتلكه من شحنات انفعالية تحافظ على قوتها وقدرتها على التأثير في شخصية الفرد ، وتبحث دائماً عن طرق للتفريغ على شكل أعراض مرضية . وبناء عليه فإن العلاج يتوجه أولاً إلى الكشف عن تلك الحوادث باستخدام تقنيات التداعي الحر وتفسير الأحلام ، وأحياناً التنويم المغناطيسي أو التنويم بالتخدير ... الخ ، ومن ثَمَّ تفريغ الطاقة الانفعالية لتلك الحوادث .

(1) من يرغب المزيد من التفاصيل يمكنه الرجوع إلى كتاب الصحة النفسية والعلاج النفسي – زهران ص ٢٢٣ – ٢٨٨ عالم الكتب ، القاهرة ١٩٧٨ .

ومن الصعوبات التي تقوم في وجه هذه الطريقة العلاجية طول الوقت اللازم لها فقد تستغرق سنوات بمعدل خمس جلسات أسبوعياً ، والتكاليف الباهظة التي يعجز معظم المرضى عن تحملها ، وضرورة تمتع المريض بذكاء فوق المتوسط حتى يستطيع التعبير عن ذاته لفظياً ولكى يستوعب تفسير العلاج ، وسن معيّنة عادة أقل من الأربعين . (عكاشة ، الطب النفسي المعاصر) .

(ب) العلاج النفسي الهادف : تحاول هذه الطريقة تلافي بعض الصعوبات التي واجهت طريقة التحليل النفسي . فتتوجه أساساً لشفاء الأعراض أو التخفيف منها دونما حاجة إلى البحث عن أصل الداء . وأساس هذا العلاج هو الإيحاء بهدف تغيير انفعالات ومعتقدات المريض ، وكذلك التفسير والتشجيع ؛ تفسير أعراض المرض وأسبابه بهدف بعث الطمأنينة والأمل في الشفاء في نفس المريض كذلك المعاضدة والتدعيم من خلال فهم شكوى المريض ومشاركته في أفكاره وآماله دونما انفعال واضح وأخيراً تقديم النصح والارشاد اللازمين لمساعدته على حل مشاكله وصراعاته .

(ج) العلاج الجماعي Group Therapy : يجتمع عدد من المرضى يتراوح عددهم بين ٥ - ١٥ مع المعالج ويكون العلاج على شكل جماعي ويقدم للمجموعة موضوعات ومواد تعليمية للمناقشة وإبداء الرأى ، مما يساعد على بعث الثقة في النفس والقدرة على التعامل مع الآخرين .

كما يمكن استحداث الأندية الاجتماعية العلاجية ، حيث يجتمع المرضى لينتخبوا أعضاء مجلس النادى والمسئولين عنه ويناقشون أغراضه ويشاركون في أنشطته بما يساهم في تحطيم دائرة العزلة الاجتماعية ويعيد للمريض احترام ذاته ، وتشجعه على الاختلاط والمشاركة الاجتماعية .

كما يمكن استخدام طريقة التداعي الحر بحيث يجلس المعالج وسط مرضاه ويدعهم يتكلمون ومن ثَمَّ يلتقط الصراعات الخاصة بكل مريض خصوصاً في هذا الجو الجماعي الذى هو أقرب للطبيعة من الجلسات الفردية .

(د) العلاج المتمركز حول ذات العميل Client-Centred Therapy : كلمة « العميل » هنا تعني المريض أو المضطرب ، وصاحب هذه الطريقة هو كارل روجرز ، وتقوم هذه الطريقة على مسلمة مفادها أن كل شخص

لديه حاجه طبيعية لتقدير ذاته ولا تشبع هذه الحاجة إلّا إذا أدرك المريض تماماً إمكانياته ودوافعه وقدراته وقبل ذاته . ويمكن تلخيص هذه المسلمة في المبادىء الثلاثة .

اعرف نفسك - كن صادقاً مع نفسك - اقبل ذاتك

وبناء عليه فإن العلاج وفقاً لطريقة روجرز يقوم على أساس تقوية شعور الشخص بقدرته على السيطرة على سلوكه وحل مشكلاته بنفسه واتخاذ القرارات التي تؤدى إلى إزالة ما يكون عنده من التوتر النفسي الذى ينتج من اضطرابات السلوك . (بركات ، عيادات العلاج النفسي) .

(هـ) **العلاج الوجودى Existential Therapy** : يبنى هذا العلاج على أساس مسلمتين فكريتين هما : أن السبب في القلق الوجودى الذى قد يعانيه البعض هو إدراك الفرد لمعاناته للبؤس والشقاء . وأن خبراته السلبية عمن حوله من الناس ودور الآخر في إقلاق راحته واجهاده والضغط على أعصابه من مسببات الاضطرابات النفسية .

وعليه فإن العلاج الوجودى يتوجه أولاً إلى مناقشة الخبرات الذاتية للمريض ثم مناقشة خبراته بعالمه وبالناس ومن ثَمَّ مساعدته على التوافق الأفضل سواء مع ذاته (التوافق الداخلي) أو مع الآخرين (التوافق الخارجي) .

(و) **العلاج السلوكي Behavior Therapy** : يقوم هذا العلاج على أربع مسلمات :-

١ - أنّ الاضطراب النفسي سلوك متعلم يخضع في تكوينه وإزالته لنفس القوانين والنظريات التي يخضع لها السلوك السوى .

٢ - أن الاضطراب النفسي قد ينشأ من فشل الفرد في تعلم السلوكات التوافقية الناجحة .

٣ - أنه قد ينشأ من نجاح الفرد في اكتساب سلوكات وعادات خاطئة لا تؤدى إلى التوافق .

٤ - وقد ينشأ بسبب الصراع الذى يتعرض له الفرد عندما يجد نفسه أمام هدفين ومطلوب منه أن يختار أحدهما وأن يتحمل مسئولية هذا الاختيار .

ويستخدم في علاج الاضطرابات السلوكية وفقاً للمنظور السلوكي وسائل منها :-

١ - **التحصين البطيء Desensitisation** : تتلخص هذه الطريقة في : تدريب المريض على الاسترخاء ، ووضع مدرج للمواقف المقلقة له ، وتعريض المريض لتلك المواقف إبان جلسات الاسترخاء بدءاً بأبسط هذه المواقف وصولاً إلى أعقدها . وأخيراً دفع المريض لمعايشة الموقف المقلق له معايشة واقعية . وتفيد هذه الطريقة في حالات المخاوف .

٢ - **العلاج بالغمر Flooding** : ويقصد به وضع المريض في الموقف المقلق دفعة واحدة ، وهذه الطريقة تختلف عن طريقة التحصين البطيء في أن المريض لا يمر في جلسات استرخائية إنما يطلب إليه معايشة الموقف مباشرة . فالخائف من الظلمة ، يوضع في مكان مظلم ، والخائف من الأماكن المرتفعة يؤمر بأن يصعد إلى أعلى العمارة ... الخ .

٣ - **الممارسة المكثفة للعرض Mass Practice** : وذلك بدفع المريض لممارسة العرض باستمرار على أمل أن تُضعف آثاره النفسية أو أن يعاني المريض آلاماً تجعله يحجم عن إبداء العرض المرضي . وقد تنفع هذه الطريقة في حالات مص الإبهام ، قضم الأظافر ، العادة السرية ، الخلجات اللاإرادية ، الانفعال ، الوسواسية .

٤ - **منع الاستجابة Response Pervention** : تقوم على تعريض المريض للمثير المقلق ومنعه من أداء استجابة القلق .

٥ - **إيقاف التفكير Thought Stopping** : عندما يشرع المريض في سرد موضوع ما يؤمر بالتوقف والانتقال إلى موضوع آخر وهذه الطريقة تفيد أولئك الذين تدور أفكارهم في حلقة مفرغة ولا يقدرون على الخروج من نفس الفكرة .

٦ - **الإثابة Reward** : تقديم مكافأة للمريض كلما نجح في أداء السلوك المرغوب فيه أو توقف عن أداء السلوك المرغوب عنه . أو كلما نجح في اتخاذ القرار بشكل سليم وسريع عندما يوضع في موقف الاختبار .

ثانياً : العلاج الاجتماعي Sociotherapy :

يقوم هذا النوع من العلاج على مسلمة مفادها أن للبيئة والمجتمع دوراً أساسياً في نشأة وعلاج العصاب ، وعليه كان لا بد من التفكير في طرق علاجية تتوجه نحو إجراء تعديلات في البيئة الاجتماعية للمريض من هذه الطرق :-

(أ) العلاج بالعمل Occupational Therapy : يعتمد على توجيه طاقة المريض إلى النواحي العملية حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الداخلية ، وبحيث يشعر وهو يقوم بدور انتاجي بأهميته في الحياة ويستعيد بالتالي ثقته في نفسه ، ويوصى هنا باختيار العمل المناسب للحالة المعالجة .

(ب) العلاج باللعب Play Therapy : يعتبر بعض علماء النفس أن اللعب أحد الميول الفطرية العامة التي تنطلق فيها المشاعر النفسية والطاقة الغريزية فيما يقوم به من نشاط حر . كما يعتبر اللعب وسيلة مفيدة في دراسة وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية خصوصاً لدى الأطفال كما أن اللعب يفيد في توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية ويقضي على العزلة ويعلم الفرد كيف يتعامل مع الآخرين وكيف يقبل ما يعهد إليه من أدوار .

(ج) العلاج الأسرى Family Therapy : ينطلق هذا العلاج من الاعتقاد بأن الاضطراب النفسي نتاج أسرة مضطربة نفسياً وعليه لا بد من علاج الفرد في إطار الأسرة . لذا فإن الجلسة العلاجية تضم جميع أفراد الأسرة حتى يتمكن المعالج من دراسة أنماط العلاقات الاجتماعية الرابطة بين جميع أفراد الأسرة ومن ثَمَّ يتوجه إلى إبدال تلك الأنماط لمصلحة الحالة المضطربة .

(د) العلاج بالترفيه Recreational Therapy : إن إحاطة المريض بوسائل الراحة والترفيه يقضي على أوقات الفراغ والملل والضجر الذى قد يعانيه أولئك المكتئبين أو القلقين أو المنعزلين اجتماعياً . وما يقدم في هذا العلاج من أنشطة موسيقية وغنائية ومشاهدة أفلام ترفيهية . كل ذلك يساعد المريض على أن يرى جوانب مشرقة وجميلة في الحياة تستحق منه أن يكافح من أجل الخلاص مما يعانيه من اضطرابات تحول دون توافقه الحسن مع بيئته .

ثالثاً : العلاج الديني Religious Therapy :

من الحاجات الأساسية النفسية للإنسان أن يشعر بالأمن والطمأنينة بحيث يكون مستريح الضمير وفي مأمن من العقاب سواء في هذه الحياة الدنيا أو في الحياة الآخرة . وهذا لا يتأتى على الأقل لدى المجتمعات ذات الدين – إلّا بالتقرب من الله والتوافق مع أوامره ونواهيه والتمسك بالقيم والمعايير الدينية .

وفي حالات الانحرافات السلوكية أو العقائدية ، ونعني بالأخيرة ما يتصل بالعقيدة الإيمانية ، التي تؤدى إلى الخطأ في حق الذات أو حق الآخرين أو حق الله سبحانه وتعالى ، ينتاب الشخص نوع من الشعور بالذنب والصراع النفسي الأمر الذى يؤدى إلى فقدان الشعور بالاطمئنان ويؤدى إلى المعاناة من القلق والاضطراب . وهذا يؤدى إلى فقدان الاتزان النفسي والتوافق الاجتماعي الذى يصل في الحالات الشديدة إلى المعاناة من الخوف من عذاب الله وفقدان الأمل في رحمته .

وعليه فإن العلاج الديني يتوجه أولاً إلى تحرير المريض من مشاعر الخطيئة والإحساس بالذنب ويفتح أمامه باب الأمل والرجاء في غفران الله وسعة رحمته ثم تبصير المريض بواجباته الدينية وتشجيعه على أدائها .

ويعتبر اعتراف المضطرب بخطئه وتوبته النصوح (الصادقة) عن هذا الخطأ مصداقاً لقوله تعالى : **﴿ ياأيُّها الذينَ آمنُوا تُوبُوا إلى الله توبةً نصوحاً عسَى ربُكُم أن يكفرَ عنكُم سيئاتكم ويدخِلَكُم جناتٍ تجرى من تحتِها الأنهارُ ﴾** ثم امتثاله لأوامر الله ونواهيه وقبوله قضائه وقدره هي أساس العلاج الديني والتي نلخصها في الآتي :–

١ – معرفة الخالق ومعرفة الذات .

٢ – الصدق مع الخالق ومع الذات .

٣ – قبول القضاء والقدر وقبول الذات .

ونعتقد أن هذا النوع من العلاج يمكن أن ينجح في حالات الخوف والقلق والاكتئاب والوساوس وتوهم المرض ومشكلات الانحرافات السلوكية كإدمان المخدرات وتعاطي الخمور .

رابعاً : العلاج العضوي Physical Therapy :

إن طرق العلاج التي ذكرناها آنفاً تغطي الجوانب النفسية والروحية والاجتماعية للشخص المضطرب ، أما هذا العلاج فهو يهتم أساساً بالناحية الجسمية ويؤديه الطبيب المختص وتحت إشرافه ويعتمد هذا النوع على العقاقير [1] كالمنومات والمطمئنات البسيطة والمطمئنات الكبرى والعقاقير المضادة للاكتئاب . والعقاقير المساعدة على عملية التفريغ العقلي .

تلك هي مجمل الطرق المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسية وسنرى عند عرضنا لأنماط من تلك الاضطرابات كيف يعالج كل نمط ، وكيف أن النمط الواحد يمكن أن يعالج بأكثر من طريقة ، مما يتطلب فريقاً متكاملاً من المعالجين يتناسب عدده والحالة موضوع العلاج .

أنماط من الاضطرابات النفسية

يهمنا أن نذكر هنا أننا سنتناول بعض أنماط الاضطرابات النفسية التي لا يكون لها في الغالب أسباب عضوية واضحة وإنما هي مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي . والتي تؤدى إلى اختلال جزئي في الشخصية يظل معها المريض متصلاً بالحياة الواقعية . وقد اخترنا ثلاثة أنماط هي :-

١ - عصاب القلق .

٢ - الهستيريا .

٣ - عصاب الوسواس القهرى .

وسنتبع الخطة التالية في عرض هذه الأنماط :

١ - التعريف بالنمط من خلال التعرف على أعراضه .

٢ - أسبابه .

٣ - طرق علاجه .

٤ - نماذج اكلينيكية له .

---

(١) لمزيد من المعلومات عن العقاقير النفسية ارجع لكتاب د . عكاشة في الطب النفسي المعاصر . دار المعارف ص ٤٤ - ٤٨ .

١ – عصاب القلق Anxiety Neurosis :

تعريفه : القلق العصابي واحد من الموضوعات النفسية التي حظيت بنوع من العناية لدى مدرسة التحليل النفسي بشكل خاص . حيث اعتبره فرويد المحرك الأساسي لكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى . وقد لخص خصائصه الاكلينيكية بأنها قابلية الإثارة عموماً Irritability .

ويمكننا من خلال التراث النظري لهذا العصاب استخلاص التعريف التالي له :

« **شعور عام غامض ، غير سار ، مبالغ فيه ، خارج نطاق سيطرة المريض** » . وله زملة من الأعراض يمكن أن تقسم إلى مجموعات ثلاثة :

(أ) **أعراض نفسية** : مثل التوجس ، المخاوف المرضية (غير المحددة ، والمحددة) ، التوتر الذهني العام ، سرعة الإثارة ، ضعف القدرة على الانتباه والتركيز ، انخفاض القدرة الإنتاجية .

(ب) **أعراض جسدية** : التوتر العضلي ، التململ ، الرجفة ، الدوار ، صعوبة التنفس، الإحساس بالضغط على الصدر ، خفقان القلب ، ارتفاع في ضغط الدم الانقباضي ، سرعة الإعياء ، اضطرابات الشهية ، جفاف الفم ، عسر الهضم ، الشعور بالغثيان والرغبة في التقيؤ ، الإسهال ، كثرة التبول ، هبوط الرغبة الجنسية ، العنة والقذف المبكر (الرجال) ، البرود الجنسي (النساء) ، انقطاع الطمث أو عدم انتظامه ، برودة أو سخونة بعض أجزاء الجسم ، تورد الوجنتين ، ازدياد العرق .

ويمكن فهم الأعراض الجسمية المصاحبة من خلال فهمنا لديناميكية عصاب القلق ، فالقلق إذا ما استثير يؤدى بالجسم إلى أن يعد نفسه لتهديد مستمر لا يتحقق أبداً مما يؤثر سلباً على الجسم ، فتتبدى الأعراض الجسمية غير العادية .

أسبابه : وتشمل العوامل التالية :

(أ) **العوامل النفسية** : حاول فرويد كعادته أن يرد هذا الاضطراب إلى الرغبة الجنسية الشديدة المكبوتة ، والإثارة التي تنتهي بالإحباط ، وكل ما يتصل بالناحية الجنسية ويحدث اضطراباً في توازن الوظائف النفسية والجسمية للنشاط الجنسي . وضرب أمثلة منها : القلق على البكارة في فترة المراهقة ، القلق المصاحب لتوهم البرود الجنسي ، قلق الأرامل ، قلق توقف الحيض ، والحرمان الجنسي الطويل ... الخ (فرويد ، ١٩٦٢) .

أثرت نظرية فرويد هذه في علماء التحليل النفسي الذين اتفقوا معه في أهمية القلق العصابي باعتباره مصدراً أساسياً للاضطرابات النفسية ولكنهم قدموا تفسيرات أخرى . فأوتورانك Otto Rank يذهب إلى أن القلق ينشأ عن صدمة الميلاد الناشئة عن انتقال الطفل من المكان الذى كان ينعم فيه باللذة والسعادة إلى عالم المثيرات المزعج . أما كارن هورني فتذهب إلى أن القلق الأساسي في الطفولة ينشأ من كبت الطفل لرغباته العدائية نحو والديه . ويعبر عن هذا القلق بسرعة اعتراضه بالفشل والعجز ، وعناده وميله إلى التخريب . في حين أن أريكسون رأى ، وهو يقيم نظريته على الجانب النفسي الاجتماعي للنمو ، أن المصدر الأساسي لقلق الطفل هو إحساسه بعدم الثقة نظراً لما يتلقاه من مثيرات مؤلمة من ذلك العالم ، وإحساسه بفشله في التحكم في عضلات جسمه مما يسبب له الشعور بالخجل وعدم الثقة بالنفس .

ثم جاءت المدرسة السلوكية لتبحث عن أسباب نفسية أخرى وراء القلق العصابي ، فنظرية مورر Mowrer [١] تذهب إلى أن القلق ناتج عن أفعال ارتكبها الإنسان فعلاً ولم يرض عنها . (Mowrer, 1950) .

(ب) **العوامل البيئية** : يذهب سوليفان إلى أن الأبوين ينقلان إلى أبنائهما مشاعر القلق . فالأم المتوترة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبدى أمارات القلق فكأن الرضيع يتناغم انفعالياً مع أمه . وبالمثل فإن الأطفال الذين ينشأون في بيئة تشعرهم بالحرمان والاحباط وعدم الأمن سيكونون أكثر استعداداً من غيرهم لإظهار استجابة القلق .

---

(١) تعرف نظرية مورر هذه باسم نظرية القلق الناتج عن الشعور بالذنب .

ويعتبر التعلم غير الملائم للسلوك التوافقي (من وجهة نظر السلوكيين) من بين العوامل البيئية التي قد تساهم في نشوء القلق العصابي . فقد أثبتت الكثير من الدراسات لتواريخ حالات مرضى عصاب القلق عن عدم النضج في نشأتهم وتطورهم وعن الاتكالية وانعدام الأمن ، وانعدام اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة مشكلات الحياة . ولا شك أن القلق الناشيء عن هذا العامل يهدد بشكل جدى مفهوم الفرد لذاته بحيث تقوض ما لدى الفرد من احترام لذاته وثقته في نفسه .

(ج) **العوامل الوراثية** : تشير بعض الدراسات إلى احتمال تدخل العامل الوراثي في تزويد الفرد باستعداد عام للقلق . فقد أثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي اللاإرادى واستجابته للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم (التوأم القلق) . كذلك أوضحت دراسة العائلات أن ١٥ ٪ من آباء واخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وقد وجد سليتر وشيلدز (١٩٦٢ ، ١٩٦٦) أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٥٠ ٪ ، أما لدى التوائم غير المتشابهة فلم تصل النسبة إلّا إلى ٤ ٪ فقط (Slater, 1963) .

(د) **العوامل الفسيولوجية** : إن عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة وكذلك ضمور هذا الجهاز في الشيخوخة يعتبر من العوامل المساعدة على ظهور استجابة القلق .

كما أن الاضطرابات الهرمونية العصبية (هرمونات السيروتونين والنورأدرينالين) تساهم هي الأخرى في إحداث استجابة القلق .

خلاصة القول : إن عصاب القلق كغيره من الأمراض النفسية يتساهم في إحداثه أكثر من عامل واحد مما يتطلب من المعالج الدقة في تحرى الأسباب حتى يتمكن من تقديم العلاج الأنسب .

علاج عصاب القلق :

وهناك أنواع متعددة من العلاجات التي تفيد مع هذا الاضطراب نذكر منها :-

(أ) **العلاج النفسي** : ويقوم هذا النوع من العلاج على الاستماع إلى صراعات المريض ومحاولة تفسيرها وتشجيعه وتوجيهه إلى طرق حل هذه الصراعات . وبعث الأمل في نفسه وتطمينه أن ما يعانيه من أعراض يمكن أن يتخلص منها . (المفهوم التحليلي) .

كما يمكن استخدام طريقة التحصين البطيء الذي ابتدعه ولبي Wolpe حيث يعين المريض على إعداد مدرج القلق [١] وهو قائمة متدرجة من المواقف التي تثير القلق عند المريض ثم يدرب المريض على جلسات الاسترخاء حيث يتخيل خلالها المواقف المقلقة بدءاً بأضعفها فالبند الأقوى فالأقوى وهكذا . (المفهوم السلوكي Wolpe , 1969) .

(ب) **العلاج العضوي** : ولا بد قبل البدء في العلاج النفسي مع بعض الحالات من اعطائها كميات من المهدئات في بادىء الأمر ، ثم بعد الراحة الجسمية يمكن الشروع في العلاج النفسي . ففي حالات القلق الشديد يعطى المريض بعض المهدئات مثل الليبريم والفاليوم ... الخ . أما العلاج الأساسي للقلق فيتلخص في إعطاء بعض العقاقير الخاصة بالهرمونات العصبية في مراكز الاتصال بالمخ ومثال ذلك الينامايد ، الماربلان ... الخ . كما يمكن استخدام جهاز خاص لتدريب المريض على التحكم في بعض وظائف الجهاز العصبي المستقل [درجة حرارة الجسم ، ضغط الدم ، العرق ... الخ] (Biofeedback) .

---

(١) مثال ذلك : قائمة القلق الناشيء عن الخوف من المرتفعات .
عند المشي بالقرب من حافة ربوة والنظر إلى أسفل .
عند الوقوف على تل والنظر إلى أسفل لرؤية مجرى مائي .
عند النظر من نافذة من الطابق السادس .
عند الهبوط من درج طويل .
عند الوقوف على صندوق خشبي للوصول إلى شيء مرتفع .
عند الوقوف بدون حراك على كرسي .
عند الوقوف على منصة مرتفعة أو خشبة مسرح .
عند الوقوف الثابت على الأرض المستوية .

= هذه القائمة كما ترى تتدرج من المواقف الصعبة جدا والتي تثير نسبة عالية جدا من القلق إلى أقل المواقف إثارة للقلق . وغالبا ما يستخدمون مدرج عددى من « مئة إلى صفر » للتعبير عن أقصى درجات القلق وأقلها (سوين ١٩٧٩ ، ص ٣٩٢) .

(ج) **العلاج الاجتماعي** : إن إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي أو الصدمة الانفعالية أو تغيير الوضع الاجتماعي أو موقع العمل يمكن أن يساعد في علاج هذا الاضطراب .

(د) **العلاج الديني** : إن القلق العصابي الناتج بشكل خاص عن الخوف مما هو آت ، الخوف من المجهول ، قد يخفف منه وإلى حد كبير الإيمان بالله سبحانه وتعالى والتسليم بقضائه وقدره والإيمان بأن لن يصيب المرء إلّا ما كتبه الله له . وعليه يكون للعلاج المنطلق من العاطفة الدينية لدى المضطرب ضرورة لا بد منها في علاج القلق .

كما أن القلق الناشيء عن توقع الشر الذى لا يمكن رده وخاصة لدى تلك النفوس الآثمة ، التي خرجت على أوامر الله وارتكبت نواهيه وفقدت كل أمل في رحمته ، مثل هذه النفوس لا يمحو قلقها إلّا إذا علمت وآمنت أن لن يغفر الذنوب إلّا الله وأن رحمته واسعة ، وباب الفرج مفتوح على مصراعيه شريطة أن يتوب الآثم توبة نصوحاً ، ويعود إلى تنفيذ أوامر الله والابتعاد عما نهى عنه .

ولكي يتأتى هذا للمضطرب لا شك أنه بحاجة ماسة لواعظ ديني مفتوح القلب صافي الذهن ، يأخذ بيده ويسرى عنه همومه ويعيد تربيته ليمحو السلوكات المنحرفة ويحل محلها السلوكات السوية التوافقية سواء مع النفس أو مع المجتمع أو مع أوامر خالق هذا الكون .

ونعتقد بهذا أن مجال العلاج الديني خاصة مع هذا المضطرب مجال رحب وقابل للدراسة والتطوير .

نماذج لعصاب القلق :

نعرض في ختام حديثنا عن هذا الاضطراب بعض النماذج زيادة في الإيضاح .

النموذج الأول : فتاة تشكو من مشاعر غامضة بعدم الاستقرار ، ومن خوف من أن شيئاً على وشك أن يقع . وعلى الرغم من أنها كانت تشعر بضرورة التوجه إلى العمل لتساعد في سداد نفقات الأسرة إلّا أنها لم تكن تروض نفسها على أن تبدأ في شيء خشية أن تواجه أمراً مروعاً في العمل . وكانت قد تعرضت

لعدد من نوبات القلق العنيفة شعرت خلالها وكأنها لا تستطيع التنفس وكأنها قد وضعت في مظروف شفاف مغلق مختوم ، وخيل إليها أنها ستصاب بنوبة قلبية . ولم تكن قادرة على منع نفسها من الارتعاش ... وكثيراً ما فكرت في التخلص من حياتها كي ترتاح من هذه التوترات . (سوين ، ص ٣٩٤) .

هذا وقد تضمن مجرى العلاج لهذه الحالة استكشاف مشاعر القصور والنقص عندها وخوفها من أن تقبل التحدى الصادر عن الوظيفة . ومساعدتها في توضيح ادراكاتها عما ينبغي لها أن تتوقع من العالم في التخفيف مما كان لديها من مخاوف وإدراكات غير صحيحة كما نُصِحَ لها بأن تتدرب على سلوك إثبات الذات بوصفه عاملاً مناهضاً للقلق عندها .

النموذج الثاني : جاءت سيدة تستشير الطبيب في نوبات الرعشة والإغماء التي تعاني منها . تلك النوبات التي يسبقها قلق بالغ . وقد حدثت أول نوبة لها ليلة عيد الميلاد أثناء حضورها الصلاة . وفاجأها الطبيب بقوله : إنه يستطيع أن يحدد بالضبط الوقت الذى اعترتها هذه النوبة . وخلال دهشتها أن تكون له هذه القدرة قال : إنه عندما استمعت للآية ﴿ **واغفر لنا ذنوبنا** ﴾ فأجابت أن ذلك هو ما حدث بالفعل . (دسوقي ، علم الأمراض النفسية) .

بدراسة الحالة تبين أنها كانت صالحة متدينة ، وقعت في الخطيئة لذا أشار عليها المعالج عند الرجوع إلى بلدها أن تذهب للاعتراف متمنياً أن يقيض لها الله أباً رحيماً يقرأ ما يعذب قلبها من ألم القلق فيطمئنها بالصفح والغفران .

النموذج الثالث : شاب طويل القامة ، قوى البنية ، في العشرين من العمر ، يشكو من الخوف من الأماكن المتسعة وصف أعراضه عندما : يقف عند أى مكان مفتوح فتستولي عليه الدهشة ، ولا تستطيع قوة أن تمنحه الشجاعة للعبور وحده ، وإنما يستطيع ذلك إذا صحبه شخص آخر .

وبدراسة الحالة اتضح أنه متعلق جداً بوالديه الفقيرين وهو يعمل صرّافاً في أحد البنوك ، واعترف أنه طالما راودته فكرة أن يسرق كمية من المال ويهرب بها . فنصحه الطبيب أن يستبدل وظيفته كصراف بوظيفة أخرى تكون أكثر وأقل إغراءً . (١)

(١) لمزيد من النماذج لعصاب القلق يرجع إلى كتاب الدكتور الدسوقي ، علم الأمراض النفسية . دار النهضة العربية ، ١٩٧٤ ص ٢٦٤ - ٢٧٦ .

الخلاصة :

القلق العصابي هو شعور عام غامض يأتي في نوبات تتكرر مع نفس الفرد مصدره غير واضح ، وغالباً ما يكون لا شعورياً ، هذا القلق هو عرض سائد في معظم الاضطرابات النفسية المختلفة فمن الممكن أن يتحول إلى أمراض نفسجسمية أو إلى الهستيريا مثلاً وتساهم في إحداثه عوامل متعددة نفسية وبيئية وفسيولوجية كما أن عامل الوراثة يمكن أن يزود الفرد بالاستعداد للقلق – وبناء على تعدد الأسباب تتعدد طرق العلاج ، بل يمكن أن يتعاون فريق عمل من المعالجين مثل الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والواعظ الديني في علاج من يعاني من القلق .

٢ – الهستيريا Hysterical Reaction :

لعبت وثائق قدماء المصريين الطبية دوراً كبيراً في إيضاح نشأة ومعنى هذا المرض . فقد قدم أطباؤهم وصفاً لمرض الهستيريا تحت عنوان أمراض الرحم . ذلك أن الاعتقاد الشائع أيامهم (١٩٠٠ ق . م) يتمثل في وجود ترابط بين الاضطرابات السلوكية والأعضاء التناسلية . وقد ذكرت بردية كاهون Kahun وصفاً لبعض حالات الهستيريا من النساء :

« تلك المرأة التي تعشق الفراش وتنام دون حركة أو اهتزاز ، ولا تنهض منه أبداً ، وأخرى لا تستطيع الرؤية مع ألم في الرقبة وثالثة تشكو من آلام في الفك والأسنان ولا تستطيع فتح فمها وأخيراً المرأة التي تشكو من أوجاع في أطراف الجسم مع آلام في مقلة العين » (عكاشة ، ١٩٦٩ ، ص ٦٣) . وقد كانوا يردون هذا الأعراض كلها إلى حالة « الجوع » التي يعانيها الرحم بسبب انتقاله إلى مكان أعلى ، ومن هنا اتجهوا في العلاج إلى اشباع الرحم بوضع مواد وروائح نفاذة في المهبل حتى تنقبض عضلات الرحم وتعود إلى مكانها الأصلي .

أمّا لفظ « هستيريا » فقد استخدم لأول مرة في مؤلفات أبوقراط (٤٦٠ ق . م) وقد اشتق هذا اللفظ من الكلمة اليونانية « هسترا » والتي تعني الرحم لأن الفكرة الشائعة في ذلك الوقت أن هذا المرض لا يصيب إلّا النساء بسبب تحركات الرحم داخل جسم المرأة . وقد أوضحت المخطوطات الأغريقية علاقة الهستيريا بالحرمان الجنسي والتغيرات العضوية التي تحدث في الرحم .

أمّا في العصور الوسطى فقد رد الكهنة هذا المرض إلى حلول الأرواح الشريرة في مرضى الهستيريا ، وأن الشيطان قد تملكهم ، وعليه فلا علاج لهم إلّا القسوة والتعذيب ومن ذلك : حلق شعور النساء ، والهجوم عليهن ورجمهن بالحجارة ، وأحياناً قتلهن .

ومع بداية القرن السابع عشر أعلن شارل لبوا Charles Le Poi أن هذا المرض يصيب الجنسين وأن مصدره المخ لا الرحم . وكان لا بد من انتظار القرن التاسع عشر حتى يأتي شاركو الفرنسي ليفسر هذا المرض على اعتبار أنه استجابة لعوامل وأفكار نفسية لدى بعض الأفراد المهيئين وراثياً له . ومن ذلك الحين أفاض العلماء أمثال جانيه Janet وفرويد وبروير Breur في دراسة العوامل النفسية الكامنة وراء هذا المرض .

وما زال الجدل قائماً بين بعض الأطباء النفسيين حول ما إذا كان مرض الهستيريا مرضاً نفسياً مستقلاً أم أنه يختلط بمجموعة أخرى من الأمراض .

ففي حين نجد العالم البريطاني سليتر (Slater , 1963) يعلن عن وجود أمراض متعددة لدى الهستيريين مثل : الصرع ، الفصام ، الاكتئاب ، القلق ، أمراض عضوية في المخ ، مما يدعو إلى ضرورة التأني في تشخيص هذا المرض حتى لا يعمينا التشخيص السريع عن الأمراض الحقيقية التي يعانيها المريض نجد في الجانب الآخر الأطباء الذين يعملون خاصة في الأماكن المتخلفة حضارياً يجزمون بوجود مرض الهستيريا كمرض مستقل . له أعراضه الخاصة به والتي تتأثر بثقافة الفرد والمجتمع الذى يعيش فيه .

والذي يهمنا هنا ليس هذا الخلاف ، إذ يبدو أن الدوائر السيكولوجية مجمعة تقريباً على وجود هذا المرض ، ولا نذهب مع سليتر في تطرفه ، إنما الذى يعنينا هو التعرف على مجموعة الأعراض الخاصة بهذا المرض .

أعراضها : تتميز الشخصية الهستيرية بالأعراض التالية :-

١ - عدم النضج الانفعالي : ونعني به عدم الثبات في العاطفة ، مع سطحية الانفعال وسرعة تحوله من حالة وجدانية إلى نقيضها لأتفه الأسباب ، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات والتحكم فيها . وغالباً ما يكون صاحب هذه الشخصية مرحاً محبوباً من طرف المحيطين به . يتأثر بسهولة بهم ويتخذ قراراته بناء على المزاج اللحظي له .

٢ — الأنانية مع حب الظهور والمحاولات الدائمة لجلب انتباه الآخرين والتمركز حول الذات . يتقن التمثيل في الملبس والتهريج وطريقة التكلم بدرجة تجرح من يلاحظه ، ومن الوسائل التي قد يستخدمها لجلب النظر إليه الاستفزاز الجنسي فهو دائماً يفسر أى إطراء له من طرف أحدهم على أنه يرغبه جنسياً ، كما أنه يتقن تقمص الأدوار الملائمة للموقف ، إذ من السهل عليه التحلل من شخصيته الأولى واكتساب شخصيات أخرى تتلاءم مع الظروف الجديدة كالممثلين تماماً . وبناء على هذه القدرة فإن الأشخاص الهستيريين غالباً ما ينجحون في الوظائف التي تحتاج لعلاقة مباشرة مع الجماهير كالخطابة والعلاقات العامة والتمثيل ... الخ .

٣ — ظهور أعراض جسمية حركية دون وجود أية إصابة أو تلف عضوى . ومن بين الأعراض الحركية للهستيريا الشلل ، وتقلص عضلات الوجه واختلاجاتها . ومن الأعراض الحسية نجد تخدر الحس أو التمثيل أو شدة الحساسية . ومن الأعراض الحشوية : فقدان الشهية للطعام والشره والقيء واختلاج النفس وآلام البطن وانتفاخها ... الخ .

٤ — ظهور بعض الأعراض مثل : النسيان والتجوال النومي والهروب وحالات الغيبوبة والأحلام والنوبات الهستيرية ، (دسوقي ، ١٩٧٤) ، والخيال الخصب . وبالنسبة لحالات الغيبوبة فإن الهستيرى يعرف تماماً متى تأتيه الحالة لذا نادراً ما يتعرض لأضرار كما هي حالة المصاب بالصرع الذى تأتيه الأزمة بشكل مفاجىء دون سابق إنذار . كما عرف عن الهستيرى أنه لا يكترث كثيراً لمرضه الجسمي أو عجزه ، وقد أطلق جانيه على هذه الحالة اسم اللامبالاة الجميلة (La belle Indifference) .

أسبابها : ثمة مجموعة من العوامل التي يمكن أن تكون وراء العرض الهستيرى نذكر منها :

(أ) **العوامل النفسية** : يذهب فرويد إلى أن الأعراض الهستيرية تعود أساساً إلى صدمات أو أنواع من الصراعات الجنسية ذات الشحنات الانفعالية القوية والمكبوتة والتي تحولت إلى أعراض جسمية كمتنفس لها أومخرج . وما زال العديد من المحللين النفسيين يتقبلون وجهة النظر هذه . وبالتالي فهم يرون أن العمى الهستيرى قد ينتج عن مشاعر الاحساس بالألم من مشهد بصرى . وأن

العجز الكلامي قد يكون عقاباً على السباب الفاحش . واليد المشلولة هي كذلك حتى لا تستخدم في العدوان ثانية . إن هذا التفسير لبعض الحالات الهستيرية يقود إلى اعتبار هذا الاضطراب عملية دفاعية عن الذات ، تهدف إلى استبعاد التوترات والألم .

كما أن التناقض الوجداني Ambivalence الذى يعيشه الفرد يمكن أن يؤدى إلى الاضطراب الهستيرى . فالجندى الذى يرغب في الحصول على تقدير رفاقه واعترافهم بشجاعته وفي نفس الوقت ينفر من الموت والدمار مثل هذا الجندى يمكن أن يصاب بالهستيريا .

(ب) **العوامل الفسيولوجية** : يذهب السلوكيون إلى ربط الاستجابة الهستيرية بضعف القشرة اللحائية إذ يقول بافلوف : « إن لدى المصاب بالهستيريا قشرة دماغية ضعيفة ، مع ضعف سائد في الجهاز الإشارى الثاني 2nd Signal System ، مما يؤدى إلى عدم كف اللحاء الأسفل Subcortex والجهاز الإشارى الأول . وتحوى القشرة الدماغية السفلى هذه القوس العصبي وموقع الانعكاسات غير الشرطية (ومعظمها غرائز موروثة) فيكبت اللحاء مظاهر هذه الغرائز . وفي حالة ضعاف اللحاء من الأشخاص ربما تنفس الغرائز كبتها في استجابات دفاعية سلبية قد تأخذ أحياناً شكل إثارة حركية (نوبة ارتعاش) أو شكل كف حركي (غيبوبة هستيرية) [(١)] . (دسوقي ١٩٧٤ ، ص ٢٥٧) .

علاج الهستيريا :

مريض الهستيريا يعالج في الغالب علاجاً نفسياً ، ولكن هذا لا يمنع من تدخل العلاج الطبي إلى جانب العلاج النفسي في الكثير من الحالات .

(أ) **العلاج النفسي** : يتوجه هذا النوع من العلاج إلى الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض وذلك باستخدام تقنيات التحليل

---

(١) يرى بافلوف أن السلوك يتم بالتوازن والتوافق بين النظم الثلاثة للجهاز العصبي وهي النظام الأول : نظام الأفعال المنعكسة (الغرائز والدوافع .. الخ) النظام الثانى : يسمى عند الإنسان الجهاز الارشادي الأول ، يشمل انعكاسات شرطية تنبه النظام الأول . أما النظام الثالث يسمى الجهاز الإشارى الثاني ولا يوجد إلّا لدى الإنسان ويتكون من اشارات ترشد النظامين السابقين وغالبا ما تكون هذه الإشارات رمزية أى « كلام » فالهستيريا تنتج عن سيطرة النظام الإشارى الأول نتيجة تفكك النظام الإشارى الثاني . ومن هنا فالهستيريا تصيب الإنسان وتصيب الحيوان أيضا .

النفسي ، أما إذا كان المصاب يعاني من فقد الذاكرة أو فقد الصوت فيلجأ إلى حقنه في الوريد بحقنة أميثال الصوديوم مثلاً ، أو من خلال استنشاق ثاني أكسيد الكربون أو أكسيد النيتروجين ، وذلك لتسهيل عملية التفريغ العقلي للمصاب Abreaction أى جعله يتحدث عما يكون قد نسيه من أحداث .

ولا بد من الحلول العملية للصراعات النفسية التي يكتشفها المعالج بحيث لا تقدم للمريض بشكل مباشر إنما تترك له الفرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة به وتمكينه من التأقلم مع البيئة المحيطة به .

كما أن على المعالج النفسي أن يتذكر دائماً أنه يتعامل مع شخصية طريفة قادرة على التمثيل والكذب وقابلة للإيحاء ، فلا يصدق شكاوى المريض التي غالباً ما تتغير من يوم لآخر ولا يسارع في تقديم الحلول السهلة .

(ب) **العلاج العضوي** : تعطى العقاقير اللازمة بإشراف الطبيب النفسي لتخفيف حالة القلق والاكتئاب المصاحبة للهستيريا ، ولرفع روحه المعنوية . وكذلك تعطى العقاقير المقوية لتحسين صحته الجسمية .

نماذج من الحالات الهستيرية :

نقدم فيما يلي بعض الحالات الهستيرية لنرى من خلالها كيف تعمل بعض العوامل النفسية في إحداث مرض جسمي .

النموذج الأول : « حالة آنسة تبلغ من العمر ستة عشر عاماً ، كانت تشجع والدها على الزواج بعد وفاة والدتها في طفولتها ، وبقاء الوالد عزباً لتربية أطفاله ، وقد تم عقد قران هذه الفتاة ، وستترك المنزل خلال مدة بسيطة ، ومن جراء حثها للوالد على الزواج فقد أقدم عليه وفي يوم زفافه وبينما كانت تتزين ، جاء إليها وطلب منها المجيء لمصافحة زوجة أبيها ، فنهضت مع أبيها وإذ بها تسقط على الأرض في حالة شلل بالساقين » (عكاشة ، ١٩٦٩) .

إنّ هذا النموذج يبين لنا كيف أن هذه الفتاة بالرغم من رغبتها الشعورية في زواج والدها إلّا أنها لا شعورياً لا توافق على هذا الزواج ، وقد عبّرت عن عدم موافقتها بهذا العرض الجسمي الذي سيمنعها طبعاً من السلام على زوجة أبيها وتحويل الزفاف إلى موقف محزن .

النموذج الثاني : شاب نشأ في جو أسرى متزمت ، كان والده يحذره من مزاولة العادة السرية ومع هذا كان يمارسها بإفراط ، ولكن صراعه بين حاجاته البيولوجية وضميره الديني جعله في حالة قلق واكتئاب نفسي شديد ، انتهت باصابته بشلل في الذراع الأيمن يمنعه من مزاولة هذه العادة . (عكاشه ، ١٩٦٩) .

انظر كيف أن الشلل الهستيرى هنا تعبير عن صراع نفسي بين الرغبة في الممارسة والخوف من الله . فهو لم يستطع الكف الشعوري عن تلك العادة فلجأ إلى هذه الحيلة الدفاعية اللاشعورية .

النموذج الثالث : شاب اتهم في حادث اختلاس ولم يكن له دور يذكر سوى أنه شاهد المختلس الذى ألقى التهمة عليه . وفي التحقيق أقنعه المحقق بأن يكون شاهد إثبات ضد زميله المختلس الحقيقي الذي ترقى على حسابه وشغل المنصب الذى حُرم منه بسبب اتهامه له بالاختلاس . وعندها قرر أن يتقدم بشهادته أمام المحكمة . ولكنه وهو يسير في الطريق سمع المختلس الحقيقي وزملاءه ينادونه ويحقرونه ويؤنبونه لأنه باعهم لينجو بجلده . بل أن هؤلاء حاولوا الاعتداء عليه بالضرب في الطريق العام ، ولكنه نجا من عدوانهم وعاش وهو يعاني قلقاً شديداً وتوقعاً لخطر وصراعاً بين الرغبة في أن يتخلص من شعوره بالذنب لإخفاء الشهادة وبين خوفه من سطوة العصبة الشريرة وبعد يوم واحد من هذا الصراع وجد أنه لا يمكنه أن يتكلم بالمرة .

أورد هذه الحالة « كاميرون » ليوضح كيف يلعب القلق والصراع دوراً في حالات التوقف الهستيرى للصوت . كما توضح هذه الحالة كيف أن العرض الهستيرى يصيب الجزء أو الجهاز من الجسد القريب جداً من موضوع الصراع . فموضوع الصراع هنا هو الإدلاء بالشهادة . وعليه فأقرب الأجهزة الجسمية له هو الجهاز الصوتي .

النموذج الرابع : صبي يبلغ الخامسة عشر من عمره ، يشكو من أنه يرى جيداً في وقت الاستذكار ولكن ما إن يبدأ يفتح كتاب اللغة الإنجليزية إلّا ويفقد القدرة على الإبصار تماماً ، ويرى الحروف تتراقص أمام ناظريه لدرجة يصعب معها القراءة ولقد استعمل الطبيب معه جميع الفحوص التي أكدت خلو الشبكية من أى خلل أو إصابة ، كما تأكد خلو الجهاز العصبي المركزي من أى التهاب أو مرض .

بدراسة الحالة تبين أنه ابن لشرطي . وأن الأب كان قلقاً شديد الاهتمام بمستقبل ابنه الدراسي لدرجة أنه كان يوقظه من نومه في منتصف الليل بعد عودته من الدورية ليتأكد من مراجعته للغة الإنجليزية . وكثيراً ما كان يعاقبه بشدة إنْ وجد منه تقصيراً .

وثبت تكرار رسوب الصبي في اللغة الإنجليزية وبالتالي تكرر تعرضه للعقاب البدني العنيف . ولقد صرح الصبي أنه كان يتمني لو اتيحت له فرصة التعليم الأزهري الديني بدلاً من التعليم في المدارس العامة (القوصي ، ١٩٧٠) .

هذه الحالة مثال للعمي الهستيرى الناشىء أيضاً من الصراع الذى عاشه الصبي بين رغبته في عدم تعلم اللغة الإنجليزية وخوفه من العقاب إن هو قصّر فيها وهذه الحالة كسابقتها تفرغ العرض الهستيرى في الجزء الحسي القريب من موضوع الصراع وهو البصر .

الخلاصة :

إن الهستيريا من بين الاضطرابات النفسية القليلة التي لفتت الانتباه إليها منذ أقدم العصور ، ولكن ربط هذا الاضطراب بحركة الرحم وما إلى ذلك من الأفكار البدائية قد حل محلها معارف أكثر وضوحاً وموضوعية ، وأصبحت أعراض هذا المرض أكثر دقة بحيث يتمايز عن غيره من الاضطرابات النفسية والتكوين الجسمي المائل للنحافة (التكوين الواهن) وعدم النضج الانفعالي وظهور أمراض جسمية حركية مرضية في غياب أية إصابة أو تلف عضوى ، وكذلك ظهور بعض الأعراض مثل النسيان ، وحالات الغيبوبة ، والأحلام ، والخيال الإيهامي الخصب ... الخ كلها تشكل أدلة على هذا الاضطراب .

هذا وقد أثبتت الدراسات أن هذا الاضطراب تساهم في إحداثه جملة من العوامل النفسية والفسيولوجية والضغوط البيئية أما من حيث العلاج فإن أكثر الطرق نجاحاً هو العلاج النفسي المتعدد الأوجه : فالتحليل النفسي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج بالعمل والعلاج الترفيهي والعلاج الأسرى ... الخ يمكن أن تؤدى إلى نتائج إيجابية . كما أننا لا نستبعد إمكانية اللجوء إلى الطبيب النفسي لمساعدة المعالج النفسي برفع الروح المعنوية للمريض أو تأجيل نوباته الهستيرية .

٣ – عصاب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive Neurosis :

يقول تعالى : ﴿ قُل أعوذُ بربِ الناسِ ، مَلكِ النَّاسِ ، إلٰهِ الناسِ ، من شرِ الوَسْوَاسِ الخنَّاسِ ، الذى يُوسِوسُ في صدورِ الناسِ ، من الجِنَّةِ والناسِ ﴾ صدق الله العظيم .

ليس غريباً على خبرة كل إنسان عاقل هذا الوسواس الذى يتسلط على الفرد أحياناً فيقض مضجعه ويقلق نفسه ويعكر عليه صفو مزاجه . فيسارع بطرد هذه الوساوس بالاستعانة بذكر الله إن كان من المؤمنين أو بالانخراط في إشكالات الحياة اليومية التي تنسيه تلك الوساوس أو بالكبت في مواقف أخرى . وهذا الوسواس يعانيه السوى وغير السوى ، ولكنه يصل في بعض الأحيان إلى درجة من الشدة بحيث تتبدى على من يعانيه اضطرابات نفسية تحرفه عن جادة الصواب . وقد تصل به إلى اضطرابات في بعض الوظائف العقلية .

ولعل ما يميز الوسواس عند العاديين عنه عند المرضى ، أنه في الحالة الأولى لا يمتد لفترة طويلة ولا يؤثر على سلامة التفكير بشكل فعال ، ومن السهل أن يزول أى أثر له مع الزمن والانشغالات الأخرى . أما الوسواس المرضي فيتحكم تماماً في الوظائف الشعورية ، ويراود المريض بصفة مستمرة . مجبراً إياه على التفكير والاعتقاد بطريقة معينة . وقد يصل به الأمر إلى أداء سلوكات نمطية معينة تعود إلى دوافع ونزعات تستحوذ على الفرد فلا يستطيع مقاومتها كهذا الذى يلجأ إلى الإكثار من غسل يديه أو الإكثار من تبديل ملابسه أو تفقد مكتبه أكثر من مرة قبل أن يغادره ... الخ .

وقد عرف هذا النوع من الاضطرابات العصابية أول ما عرف باسم النيورستانيا وعصاب القهر . ويقصد بعصاب القهر صور المخاوف المختلفة والأفكار المتسلطة ، مع أن التسلط يختلف عن المخاوف في أن القلق الذى يظهر في الأول يكون من عدم إنجاز الفعل بينما في الثاني يكون القلق من إتيان الفعل . أى أن المصاب بالتسلط يتخلص من القلق بعدم الخروج على عادته السلوكية ، كالسير في طريق معيّن أو النوم على جنب معيّن أو الأكل بطريقة معينة ... الخ ، أمّا الآخر المريض بالخوف فإنه يحمي نفسه من القلق بالامتناع عن الفعل فلا يعبر الشوارع لخوفه من السيارات ، ولا يصعد الطوابق العليا ، ولا يركب الطائرة ... الخ .

ميز علم الأمراض النفسية بين التسلط الفكري (الوساوس) وتسلط الأفعال (القهر) ، ويعود الفضل في تمييز أمراض الوسوسة إلى الألماني (فلهلم اشتيكل) الذى قسمها إلى تسلط أفكار ، وتسلط أفعال ، وتسلط أفكار وأفعال . وتعامل مع هذا الاضطراب باعتباره مركب من تسلط الأفكار والأفعال .

أعراضه : من أعراض هذا الاضطراب :-

(أ) تسلط محتوى ذهني معين كوجود أفكار أو اندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية مستمرة [١] ، أو دوران الفكر في حلقة مفرغة .

(ب) يقين المريض بعدم معقولية وتفاهة وساوسه ورغم ذلك يستسلم لها .

(ج) إحساس المريض بقوة هذه الوساوس وسيطرتها عليه وفشله في التخلص منها مما يترتب عليه شلل اجتماعي وآلام نفسية شديدة (عكاشه ، الطب النفسي المعاصر) .

(د) قابلية الوسواسي المتزايدة للإيحاء فيما يتعلق بصحته نتيجة لما يعانيه من إجهاد ناتج عن انفعاله وقلقه وهمومه المستمرة .. مما يجعله أكثر انتباهاً وتركيزاً على أى أعراض مرضية تصيب جسمه ، وغالباً ما يعاني الوسواسي من اضطراب في الجهاز الهضمي ، ذلك أن حالة الإجهاد الذهني تؤدى إلى بطء معدل الهضم ، وهذا يؤدى إلى اضطراب في عملية الهضم تنشأ عنه اضطرابات حشوية حقيقية .

(هـ) معاناة المصاب بصداع دائم يصاحب عملية تفكيره . هذا الصداع ناشيء عن رغبته في التركيز على فكرة معينة وعدم قدرته على التحكم في تسلسل أفكاره ، ووقوفه موقف الاختيار بين الفعل الأخلاقي والفعل اللاأخلاقي ... الخ . ورغم ما يعانيه من صداع إلّا أنه يلجأ إلى اخفاء آثاره الانفعالية وإيجاد المبررات لما يقوم به من أفعال أو أفكار .

---

(١) الأعراض الإكلينيكية لهذا الاضطراب هي : (أ) الأفكار والصور مثل صورة لمنظر كريه ، جمل معينة تتردد على مخه ، نغمة موسيقية مستمرة .. الخ . (ب) الاندفاعات Impulse الرغبة في رفض المارة بالشارع ، أو دفع إخوته من الشرفة ، أو القاء نفسه من الأدوار العليا ، أو الضحك في جنازة ،.. الخ . (ج) الطقوس الحركية : غسل الأيدى ، البحث عن الحشرات أو لمس أعمدة النور ، أو تسلق السلالم بطريقة خاصة .. الخ . (د) المخاوف القهرية : الخوف من الجوامع أو الأماكن المتسعة أو الحيوانات .. الخ .

أســـبابه :-

إن هذا العصاب من أقل الأمراض النفسية شيوعاً إذ لم تصل نسبته إلّا إلى ٢,٢ ٪ من بين المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس بالقاهرة ومهما تكن ضآلة هذه النسبة فإن لهذا الاضطراب أسباب متعددة كغيره من الاضطرابات النفسية الأخرى نذكر من هذه الأسباب :-

(أ) **العامل الوراثي** : ويلعب العامل الوراثي دوراً في نشأة الوسواس القهرى خاصة في مساهمته في إيجاد سمات الشخصية الوسواسية ، فقد وجد أن ٣٪ أولاد المرضى بالوسواس يعانون نفس المرض وكذلك ٥٪ الأخوة والأخوات كما وجد في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرض الوسواس في مصر يظهر في ٢٦ مريضاً من ٨٤ حالة أى حوالي ٣٠ ٪ (عكاشه ، ١٩٦٩) .

(ب) **العامل النفسي** : يميل علماء التحليل النفسي الفرويديون إلى إرجاع هذا الاضطراب إلى المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد [1] وقسوة رقابة الأنا الأعلى للفرد ، ولكل تصرفاته مما يخلق لديه الوسواس والشك في عدم قدرته على التحكم في تصرفاته ومراقبتها .

(جـ) **العامل الفسيولوجي** : تشير الدراسات إلى أثر هذا العامل من خلال ما توصلت إليه من نتائج مفادها أن هذا الاضطراب يصيب الأطفال الذين لم يكتمل نضج جهازهم العصبي بعد ، كما أثبت أيضاً وجود اضطرابات في رسام المخ الكهربائي لهؤلاء المرضى واحتمال ظهور الوسواس بعد بعض أمراض الجهاز العصبي مثل الحمي المخية والصرع النفسي الحركي .

كما ذهب البعض إلى أن الوسواس القهرى ناتج عن وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ ، وهذه البؤرة تسبب حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً .

(د) **العامل الاستعدادى** : ونعني به تمتع الفرد بسمات تؤهله ليكون أكثر استعداداً للإصابة بهذا الاضطراب من هذه السمات : الصلابة وعدم المرونة ، وصعوبة التكيف والتأقلم ، مع حب النظام والروتين ، وضبط المواعيد ،

---

(١) يذهب فرويد إلى أن النمو النفسي الجنسي للفرد يمر في مراحل هي المرحلة الفمية ، المرحلة الشرجية ، المرحلة القضيبية ، مرحلة الكمون، المرحلة التناسلية ، حيث تتركز طاقة الليبيد الجنسية في منطقة معينة من الجسم .

والدقة والاهتمام بالتفصيلات ، والثبات في المواقف الشديدة .[1]

(هـ) **العامل الديني** : لا شكّ أن القيمة الدينية تشكل جزءاً أساسياً من سلم القيم في كل المجتمعات المتدينة ، ومهما تدنت فعالية هذه القيمة لدى فرد ما في موقف ما أو لدى مجتمع معين في موقف معين ، إلا أنها تبقى كطاقة كامنة سرعان ما ينبجس نورها فتشرق في النفس الإنسانية تملأها طمأنينة وراحة وصحة وسعادة إن كانت تلك النفس مؤمنة بالله متوافقة مع أوامره ونواهيه . وبالعكس تملأها خوفاً وقلقاً ويأساً إن كانت تلك النفس زائغة عن الهدى ، خارجة عن فطرتها الخيرة .

إن موقف الخوف والرعب الذى قد يعانيه كل من تطرق الشك والشبهة إلى عقيدته بفعل الوساوس الشيطانية ، يمكن أن يخلق لدى صاحبه الوساوس القهرية أفكاراً كانت أو أفعالاً ، فالإنسان الذى يعتقد أنه ذاهب إلى النار لا محالة كنتيجة طبيعية لما ارتكبه من آثام ويقضي نهاره وليله باكياً ، وينعزل عمن حوله ويصبح فريسة للخوف والقلق ... مثل هذا الإنسان يعيش تحت وطأة فكرة مسيطرة تدفعه إلى أداء أفعال قهرية شاذة .

علاج الوسواس القهرى :

(أ) **العلاج النفسي** : المصاب بهذا الاضطراب يتطرق إليه الشك في قواه العقلية ويعتقد أنه في طريقه لفقد تلك القوى وبالتالي فهو بحاجة ماسة لمن يأخذ بيده ليطمئنه ويفسر له الأعراض التي تتبدى عليه بطريقة واضحة دون الاستعانة بألفاظ ضخمة مثل عقدة أوديب ، التثبيت الأبوى ، الجنسية المثلية ... الخ . من مصطلحات التحليل النفسي[2] ودونما حاجة إلى البحث عن الصدمات الطفلية إلّا في حدود معقولة .

---

(١) لا شك أن الإنسان الناجح يحتاج إلى بعض سمات الشخصية الوسواسية وخاصة الذى يعمل في المهن الإدارية والمالية والجيش والأرشيف والسكرتارية ولكن المغالاة في هذه السمات يمكن أن يتسبب في مشكلات نفسية مرضية .

(٢) لخصّ فينيكل عام ١٩٣١ الصعوبات التي تواجه المحلل النفسي في علاج الوسواس القهرى كالآتى : –

صعوبة عملية التحويل وبالتالي عدم وجود التجاوب الانفعالي مع المريض . التغير المستمر في

فالمعالج النفسي يستطيع أن يستثمر قابلية الفرد الوسواسي للإيحاء فيغير الكثير من الانفعالات والمعتقدات لديه . كما أن عليه أن يتذكر أن الوسواسي يعاني الصراع غالباً فهو بحاجة لمن يأخذ بيده ليعاونه في تركيز انتباهه وتفكيره في موضوع معيّن ، ولمن يعاونه في اتخاذ القرار لإنهاء ما يعانيه من صراع . دون استخدام الوعظ المباشر بشأن مشاكله الجنسية والعاطفية والزوجية والمهنية . مثل هذه المعونة لا تؤدى آثاراً إيجابية إلّا إذا استطاع المعالج أن يتجاوب انفعالياً مع مريضه . كما يمكن للمعالج استخدام تقنيات العلاج النفسي السلوكي تبعاً للحالة . [1]

(ب) **العلاج الاجتماعي** : وفيه ينصح المريض بتبديل مكان إقامته أو عمله خاصة إذا كانت الأفكار أو الأفعال الوسواسية متصلة بالمكان أو بطبيعة العمل ولا شك أن هذا الانتقال قد يكون عاملاً مساعداً في التقليل من آثار الوسواس .

(ج) **العلاج العضوي** : يتدخل العلاج الطبي في الحالة الصعبة والتي يفشل معها العلاج النفسي والبيئي . وفي هذه الحالة يمكن تقديم العقارات المضادة للاكتئاب والقلق .

(د) **العلاج الديني** : ينطلق العلاج الديني الموجه للوسواسي المسلم من الآية الكريمة : ﴿ **وإما ينزغنك من الشيطان نزغ فاستعذ بالله** ﴾ وعليه فإن توجيه هذا الفرد إلى ذكر الله ، سواء بالاستماع إليه في مجالس استماع القرآن الكريم ، تلك المجالس التي تتطلب آداباً خاصة كالطهارة : طهارة البدن والثوب والنفس والخشوع والتوجه إلى الله والتفكر في معاني كلامه ، أو تلاوة القرآن الكريم في مجالس التلاوة . كما أن توجيهه إلى أداء الصلاة بما فيها من تلاوة وخشوع وحركات ، وبما تحمله من توجه مباشر إلى الله سبحانه وتعالي حيث يدعوه الإنسان المضطرب ويطلب منه العون ... وتوجيهه إلى الصيام والزكاة وغير ذلك من العبادات الإسلامية يمكن أن يكون عوناً له في التخلص من وساوسه .

= أعراض المرض ، عدم قدرة المريض على الاسترخاء ، استحالة قناعة المريض بالتنازل عن مثاليته أو عن معتقداته (عكاشة ، ١٩٦٩ ص ١٢٤) .

(١) انظر هذه التقنيات ص ١٩١ — ١٩٢ .

إن العلاج الديني لا يقف عند هذا الحد ، إنما يتوجه من خلال التربية القرآنية إلى توجيه الوسواسي للتخلص من كثير من السمات والعادات التي يشبُّ عليها كالصلابة وعدم المرونة والمغالاة ، مما يساعد أيضاً في سرعة الشفاء .

نماذج لعصاب الوسواس القهرى :

نعرض فيما يلي بعض النماذج لحالات عصاب الوسواس القهرى على أمل أن تساهم في إيضاح صورة هذا الاضطراب .

النموذج الأول : « فتاة في الثالثة والعشرين من عمرها متزوجة حديثاً من مهندس يعمل في نفس المدينة التي ولدت فيها . جاءت إلى العيادة النفسية تشكو من أفعال تقوم بها دون أن تدرى ما الذى يدفعها لفعلها ، مثال ذلك الاغتسال المستمر ، استغراق وقت طويل في الحمام ، تبديل الملابس باستمرار ، وتبديل فوط السرير عدة مرات في اليوم ، وغسل اليدين المستمر .

وبعد دراسة الحالة ، ظهر أنها تعاني برودأ جنسياً ، يصل إلى حد رفض زوجها مما سبب لها متاعب كثيرة أهمها : إحساسها أنها مقصرة في حق زوجها الذى يستحق كل خير ، فهو متفهم لها ، متعاون معها من أجل أن يخلصها مما هي فيه ، وفعلاً كان الزوج حريصاً على أن يحضر مع زوجته للعيادة وفي المواعيد المحددة رغم طول الوقت وتكرار الجلسات . فكل ما كان يهمه هو شفاء زوجته .

كما اتضح أيضاً من الدراسة أن هذه السيدة كانت على علاقة ما قبل الزواج بزوج أختها الذى حاول مراراً أن ينفرد بها ويعتدى عليها . [١]

إنّ هذه الحالة نموذج واضح للوسواس القهرى الذى تبدى على شكل طقوس حركية لتفريغ القلق النفسي الذى تعانيه تلك الحالة . ولا شك أن التجربة القاسية التي مرت بها قبل الزواج كان لها دور في إحداث هذه الأعراض وقد تحسنت الحالة كثيراً بعد جلسات العلاج النفسي وبعض العقاقير الطبية المناسبة .

النموذج الثاني : سيدة كانت تلح عليها الرغبة في ذبح ابنتها . وأصبحت تعاني من جراء هذا الاندفاع معاناة شديدة لأنها لا تصدق أنه يمكن التفكير بهذه

---

(١) هذه الحالة هي إحدى الحالات التي عالجتها في العيادة النفسية التابعة لكلية التربية – ليبيا .

الصورة ، وكانت تصرخ : إنني مجنونة ، اذبحوني قبل أن أذبحها ، اسجنوني ... وأصبحت لا تدخل المطبخ وتخاف من رؤية السكاكين حتى تم علاجها .

النموذج الثالث : جاء شخص يوماً إلى العيادة النفسية باكياً في هدوء ، يرجو تحويله إلى مستشفى الأمراض العقلية ، ولما طلب منه الطبيب أن يعطيه التفاصيل عن شكواه رفض بشدة وأخبره أنه يستحق أن يدخل المستشفى ، أو السجن ، وأن ما بداخله لا يستطيع أن يبوح به ، واستمر في البكاء حتى انهار تماماً وبدأ يعترف بأنه يعتريه اندفاع خبيث لاغتصاب ابنته البالغة من العمر خمس سنوات . وكذلك صديقاتها اللواتي في نفس السن . وأصبح يبكي كلما رآها ولا يعلم وهو الرجل التقي الحاج الورع الذى لم يفعل سوءاً في حياته ، كيف تنتابه هذه الرغبات . (عكاشه ، الطب النفسي المعاصر) .

هذان النموذجان الأخيران مثالان حيّان لنوع آخر من أعراض الوسواس القهرى وهو الاندفاعات التي لا سيطرة للفرد عليها وليس لديه تفسير واضح لأسبابها .

النموذج الرابع : (أورده استيكل) : منذ زمن قريب دخل رجل مكتئب ، بسيط الثياب والمظهر وصاح قائلاً : انقذني يا دكتور إنني على وشك أن انتحر ، لا أستطيع التخلص من مرضي . سألته : ماذا بك يا أخي ؟ ، وجاءت إجابته سريعة ومختصرة لا أستطيع أن أتبول . وشكّ الطبيب في وجود علة عضوية ، احتباس مجرى البول ، اضطراب في المثانة ، أو الحبل الشوكي ، لكن الفحص الطبي أثبت أن الرجل سليم تماماً ، فاندفع الرجل يقول في اكتئاب : يا دكتور أنا أعلم أن عملية التبول عندى سليمة ، ولكن تستولي على فكرة أنني لا أستطيع التبول . وأنام وأصحو على هذه الفكرة . أنا أعلم أن هذا عبث ، وأنني في الحقيقة غير عاجز عن التبول ولكني لا أستطيع التخلص من هذه الفكرة .

يقول استيكل : إن كلام هذا المريض يذكرنا بتعريف وستفال Westphal للأفكار المتسلطة بأنها تظهر في شعور المريض رغم إرادته ودون تأثير على ذكائه .

وبدراسة هذه الحالة اتضح أنها تلقت العلاج الطبي كالحبوب المنومة والبروميد والجلسات الكهربائية دونما فائدة . ولكن من خلال جلسات العلاج

النفسي اتضح أن الرجل لم يكن سعيداً في زواجه ، وأنه ارتكب الفاحشة مع إحدى السيدات . ولما كان الرجل كاثولوكياً متديناً اعتبر أن خيانته لزوجته جريمة قاتله . فجاءت فكرته « لا أستطيع أن أتبول » كتعبير رمزي لفكرة أخرى مفادها « لا أستطيع معاشرة زوجتي – بعد هذه الخيانة ، إنني أفضل الموت » . (Stekel , 1946) .

الخلاصة :

إن عصاب الوسواس القهرى رغم قلة انتشاره إلّا أنه يشكل خطورة على صاحبه من حيث إنه يوحي إليه بقرب فقده لعقله . حينما يجد نفسه أمام هذا الكم من الأفكار المتزاحمة التي لا يستطيع أن يرتبها أو يوقفها . وأمام هذه الأفعال اللامنطقية والتي لا يجد لنفسه فكاكاً من أسرها . وهذا الوضع قد يدفع بصاحبه إلى الاستعانة بالسحر والشعوذة حين يجد أن العلم الحديث لم يقدم له ما يشفيه . وهذا الاضطراب كغيره نتاج مجموعة عوامل وراثية ونفسية وفسيولوجية وبيئية خاصة أسلوب التنشئة الاجتماعية الذى يخلق شخصية تتصف بالصلابة وعدم المرونة وصعوبة التكيف ... الخ . أمّا من حيث العلاج فنعتقد أن هذا الاضطراب بحاجة إلى فريق عمل يضم الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والواعظ الديني . .

الاضطرابات العقلية

الاضطرابات العقلية من أخطر الاستجابات التي تصدر عن الإنسان كرد فعل للإجهاد والضغوطات والصراعات التي يتعرض لها . وهي مؤشر دال على التفكك العميق والعجز الشديد والاختلال الكبير في القوى العقلية ، هذا الاختلال الذى تمتد آثاره إلى كافة أساليب التوافق الشخصي والاجتماعي ، يصل إلى درجة من الحدة يصبح فيها المصاب غير مدرك لحالته ولا مستبصر لما حدث له من تغير ، ولا عابىء بما قد يتعرض له من أخطار . بل قد يكون هو نفسه خطراً على نفسه وعلى من حوله .

ولا شكّ أن الإنسان قد عرف هذا النوع من الاضطراب وتعامل معه تحت اسم « الجنون » فقد أثبتت الحفريات وجود جماجم بشرية بها ثقوب يعتقد أنها بقايا جراحة بدائية – التربنة – أجريت لمن أصيبوا بالجنون . وقد عرف هذا المرض عند قدامي المصريين والصينيين والعبرانيين . كما انشغل الأغريقيون فيما قبل أبوقراط بفكرة المرض العقلي الأسطورية .

وبفضل أبوقراط (٤٦٠ – ٣٥٧ ق . م) حدث تغير ملحوظ في التفكير الطبي ، فكان أول من قدم أوصافاً مكتوبة للجنون الذى يطرأ بعد الولادة مباشرة ولحالات الهذيان المرتبطة ببعض أنواع التسمم أو التلوث .

وبعد سبعة قرون تقريباً ظهر جالينوس (١٣٠ – ٢٠٠ م) الذى يمثل ذروة الطب في العالم الروماني ، وهو أول من دعا إلى أن المخ هو مركز الإحساس والروح وأن للعوامل البيئية والحضارية تأثيرا كبيرا في العقل . وأن هناك علاقة ما بين المرض العقلي والنفس العاقلة والنفس الحيوانية . وبموت جالينوس توقفت مسيرة الطب العقلي وعاد عصر الظلمة أو الجهالة الطبية يسيطر على العالم من جديد ، وعاد المرض العقلي يُنظر إليه على أنه نوع من المس . ووضعت القوانين التي تنص على محاكمة المرضى العقليين وإدانتهم ، وتحول الطب العقلي إلى لاهوت ، وحل الكاهن المبارك محل الطبيب العالم .

وكان لا بد من انتظار القرن التاسع عشر ، لتبدأ ثورة الطب العقلي الحديث . فبينما كان الفرنسيون منشغلين في فهم أنواع الاضطرابات النفسية كان كربلين (١٨٥٥ – ٢٦) في ألمانيا يرسي قواعد نظرية وتصنيف للأمراض العقلية . فقد أفلح في أن يكسب مكاناً للمرض العقلي في الطب . ووصل إلى شرعية الطب العقلي بعد أن قدم نظام تصنيف دقيق واضح (١٨٨٣) يقوم على الفرض القائل بوحدة كيان المرض أى أن المرض العقلي ينشأ كمرض منفصل متميز وينطبق عليه ما ينطبق على المرض الجسمي . وأن لكل مرض أعراضا خاصة به تميّزه عن غيره من الأمراض العقلية الأخرى . كذلك فإن المرض العقلي إذا بدأ فإنه يتبع في تطوره مساراً محدداً يمكن التنبؤ به .

وما إن هلّ القرن العشرون ، حتى قبلت وجهة النظر المدعمة بالأدلة الطبية والتي تفيد أن المرض العقلي نتاج لعوامل عضوية ، ثم توافرت الأدلة على

دور العوامل الوراثية أيضاً في إحداث هذا المرض وتعتبر رسالة بلوير [1] (١٩١١) عن الفصام هامة جداً في هذا الموضوع حيث بينت أن الفصام ذو علاقة بزملة من الأمراض لا بمرض واحد . وأبرزت عرضاً جوهرياً له هو اضطراب العمليات الفكرية ، وقدمت أمثلة على أن هذا المرض يمكن شفاؤه .

الأعراض الأساسية للاضطرابات العقلية :-

تتميز هذه الاضطرابات عن الاضطرابات النفسية بعدة علامات هي :-

١ - اضطراب واضح في السلوك كأن يضطرب الكلام أو تضطرب السلوكات الحركية .

٢ - تشوش في محتوى ومجرى التعبير عن التفكير حيث تتبدى الأفكار الاجترارية المعبرة عن انشغال المضطرب بالأوهام والأخيلة ، أو الهذاءات كمعتقدات يتشبث بها المريض ، أو كف الأفكار وتعطيلها ... الخ .

٣ - تغير الوجدان عن سابق عهده ، حيث تختل الانفعالات فتكون متأرجحة تنتقل من حالة إلى نقيضها بسرعة ، أو تكون غير ملائمة للموقف ...الخ .

٤ - اضطرابات في الادراك تتمثل في وجود هلاوس سمعية أو بصرية أو شمية أو ذوقية أو لمسية . أو تشوه الاحساسات السوية بحيث يرى الفرد الأشياء أصغر مما هي عليه ، أو يسمع الأصوات وكأنها آتية من مكان بعيد أو أن أحد أجزاء جسمه قد تغير حجمه ... الخ .

٥ - عدم استبصار المريض بعلته فلا يشعر بمرض وأحياناً كثيرة يرفض العلاج اعتقاداً منه أنه لا يعاني أى اضطراب .

مدى انتشار الاضطرابات العقلية :

إن الاحصائيات لمرضى العقل الموجودين في المستشفيات العقلية الأمريكية كما أعلنتها اللجنة المشتركة للمرض العقلي والصحة العقلية عام (١٩٦١) تعطي

---

(١) سنعود لتعريف بلويلر للفصام عند حديثنا عن هذا الاضطراب .

فكرة عن خطورة مشكلة الأمراض العقلية وتفيد هذه الاحصائيات بأن مرضى العقول يشغلون حوالي نصف الأسرة الموجودة في كل أنواع المستشفيات . ومن بين كل عشرة أطفال يولدون يتعرض واحد منهم في خلال حياته لاختلال عقلي كبير أو صغير . وأن واحداً من كل مائة شخص يصاب بالاختلال الشديد الذى يستوجب إيداعه المستشفى ثم إن الشخص المودع تتناقص فرص خروجه بشكل مروع كلما طالت فترة بقائه . (سوين ، ١٩٧٩ ، ص ٨١) .

وفي إحصائية أخرى يقدمها الدكتور عكاشه تفيد أن نسبة انتشار الاضطرابات العقلية بين المجموع العام تتراوح ما بين ٥ – ١٠ ٪ هذا وسنعرض لنسب أخرى عندما نتناول بعض أنماط الاضطرابات العقلية .

تفسيرات الاضطرابات العقلية :

تعددت تفسيرات الاضطرابات العقلي وتنوعت تبعاً لتقدم الطب العقلي وتطور مناهجه . ونود أن نشير إلى أن التفسير البدائي الذى تحدثنا عنه بخصوص الاضطرابات النفسية يشمل أيضاً الاضطرابات العقلية .

أمّا التفسيرات العلمية الحديثة للاضطرابات العقلية فتنقسم إلى :

الأول : يفيد أن بعض هذه الاضطرابات تنشأ من أسباب عضوية في أجهزة الجسم المختلفة خاصة الجهاز العصبي والغدي ، كالاختلالات الفسيولوجية والعصبية ، وكذلك الاضطرابات الغدية .

كما أن هناك اضطرابات منشؤها الإصابة بالعدوى أو التسمم أو أى تغير كيماوى يؤثر على الهرمونات العصبية . أضف إلى ذلك تلك الاضطرابات الناشئة عن عوامل وراثية .

إن الاضطرابات العقلية الناشئة من هذه الأسباب العضوية يطلق عليها اسم الذهانات العضوية تمييزاً لها عن تلك التي لا أسباب عضوية واضحة لها .

الثاني : يفيد أن بعض الاضطرابات العقلية لم يكتشف لها حتى الآن أى سبب تشريحي أو باثولوجي . وقد أطلق على هذا النوع اسم الذهانات الوظيفية .

علاج الاضطرابات العقلية :

١ – **العلاج العضوي** : إن العلاج الرئيسي للاضطرابات العقلية هو العلاج العضوي ويشمل كلاً من : العلاج الكيميائي تقدم فيه العقاقير الطبية المناسبة مثل مشتقات الأمفتيامين والتوافرنيل والكونوردين ... الخ . والعلاج بالانسولين والعلاج بالجلسات الكهربائية ، تعطى فيها المنبهات الكهربائية على قشرة الدماغ وتحت إشراف طبي دقيق جداً . وأخيراً العلاج الجراحي الذي قد يستعمل مع بعض الحالات حيث تقطع فيها الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموسي حيث تتوقف على إثرها الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال .

٢ – **العلاج النفسي** : عندما يقرر الطبيب النفسي المعالج أن المريض قد استعاد حالة الوعي ، لدرجة تسمح بالاتصال به ، يمكن أن يقدمَ له بعض أنماط العلاج النفسي التي ذكرناها آنفاً كعلاج للاضطرابات النفسية .

٣ – كما يمكن أن يقدم للمريض العقلي تبعاً لدرجة نجاح العلاج النفسي معه أنماط أخرى من العلاجات مثل : العلاج بالعمل والعلاج الأسري . وقد أشرنا إلى هذه الأنماط سابقاً .

أنماط من الاضطرابات العقلية

نعرض فيما يلي ثلاثة أنماط من الاضطرابات العقلية هي :–

أولا : الفصام . ثانياً : الاكتئاب الذهاني . ثالثاً : ذهان الشيخوخة .

١ – الفصـــام Schizophrenia :

المعنى الحرفي للمصطلح Schizophrenia هو انفصام العقل ويعرف أحياناً بانفصام الشخصية وعرف أيام كريبلين (١٨٩٩) باسم الخبل المبكر (١) أو خبل الشباب أو جنون المراهقة (٢) Dementia Precox وأول من سماه باسم الفصام هو بلوير عام ١٩١١ .

(١) الخبل المبكر : مصطلح سابق للفصام ، ومرض يتميز صاحبه بالانسحاب الاجتماعي واضطراب التفكير وتلف الوجدان وقد كان يعتقد من قبل كريبلين أن الجنون المبكر تقتصر الإصابة به على الشباب .

(٢) يذهب بعض الباحثين إلى أن الفصام يمكن أن يصيب الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من ⇐

ويعرفه بلوير (١٨٥٧ - ١٩٣٩) بأنه مجموعة من الأعراض الذهانية تظهر أحياناً على شكل نوبات متكررة وأحياناً أخرى تبقى مستمرة . ويحتمل أن تتوقف هذه الأعراض أو تزداد حدة في أى مرحلة من مراحل المرض ولكنه لا يؤمل أن يستعيد المريض عافيته تماماً . (عكاشه) .

ويعرفه د . عكاشه بأنه مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية أهمها :

اضطرابات التفكير والوجدان والإدراك والإرادة والحركة والسلوك حيث يعيش المريض في عالم خاص بعيداً عن الواقع وكأنه في حلم مستمر . (عكاشه ، ١٩٦٩) .

ويرى بعض أطباء النفس أن الفصام عبارة عن مجموعة من الاضطرابات العقلية التي ليس لها سبب عضوى ظاهر في الجهاز العصبي ، وأنها عبارة عن عدة أمراض مختلفة لا يمكن توحيدها تحت اسم واحد . ولهذا لجأوا إلى تصنيف الفصام إلى عدة أنماط إكلينيكية نذكر منها : (زهران ، ١٩٧٨) .

- الفصام البسيط Simple Schizophrenia ويتميز صاحبه بالتدهور الإنفعالي والتبلد أو الخمول وفقدان الاهتمام والتصرف غير السليم .
- الفصام الهذائي (البارانوى) .Paranoid Schiz ويتميز بالهذاءات المنظمة بالإضافة إلى أعراض الفصام الأخرى .
- الفصام التخشبي .Catatonic Schiz ويتميز بإتخاذ جسم المريض أوضاع معينة ثابتة .
- الفصام الهيبيفريني .Hebephrenic Schiz أو خبل البلوغ ويتميز بالهلوسة والمسلك الصبياني غير الملائم .

أعراضـه :

ويمكننا التأكيد على الأعراض التالية الدالة على الفصام والتي يمكن ملاحظتها من خلال مراقبة المريض أو محادثته .

= العمر ويسمى عندئذ ذهان الطفولة وهناك نوع ثان يظهر في سن ما بين ٣ - ٥ سنوات ونوع ثالث يظهر فيما بين الثامنة ويبدى نفس الأعراض لدى الكبار .

(أ) **الهلوسات الحسية** : بصرية كانت أو سمعية أو شمية أو ذوقية أو جنسية أي أن المريض يرى أشياء لا وجود حقيقي لها أو يسمع أصوات لا يسمعها من حوله أو يشم رائحة لا يشمها الآخرون ... الخ . وكل هذه الأشياء حقائق بالنسبة للمريض ويتصرف بموجبها .

(ب) **البعد عن الواقع والاستغراق في الذات** : إذ يعيش في عالم خيالي من صنعه هو فينقطع عن الواقع ، ويسلك وفقاً لمقتضيات عالمه الجديد . فقد يعتقد أنه عظيم من العظماء ، فيقلد لباسهم ومشيتهم وحركاتهم وكلامهم . وقد يعتقد أنه مصلح اجتماعي أو نبي يوحى إليه أو مجرم يستحق العقاب ... الخ . وقد يلجأ إلى الاستغراق في أحلام اليقظة . وتضطرب علاقاته الاجتماعية وتنهار توافقاته الاجتماعية والأسرية ... الخ .

(ج) **اضطراب التفكير** : سواء من حيث المحتوى أو الترابط أو التحكم أو التذكر خاصة بالنسبة للأحداث القريبة . كما تضطرب قدرته على الانتباه والتركيز ، وغالباً ما يدور حديثه عن نفسه . كما أن زمن الرجع لديه غالباً ما يكون طويلاً بمعنى أنه إذا ما سئل فغالباً ما يتردد في إعطاء الإجابة موحياً بغباء شديد .

(د) **الاضطراب الانفعالي** : كأن ينتقل من حالة انفعالية إلى نقيضها من الفرح إلى الحزن ، من الهدوء إلى الثورة وبالعكس ، من الضحك إلى البكاء ، أو يبدى بلادة انفعالية بحيث لا يستجيب للمثيرات من حوله . أو يكون مبالغاً في انفعالاته أو فاقداً للاحساس بالعواطف كالحب والعطف والحنان والمشاركة الوجدانية .

(هـ) **اللازمات الحركية** وخاصة حركات الوجه واليدين والرجلين والأوضاع الجسمية الغريبة الشاذة كأن يتخذ جسمه وضع الجنين أو وضع الصليب أو وضع الميت ... الخ .

(و) **شذوذ السلوك الجنسي** وعدم التحكم فيه مثل : الاستعراض الجنسي أو جماع المحارم أو البغاء ... الخ .

إنّ وجود هذه الأعراض أو بعضها يساعدنا في تشخيص هذا الاضطراب والتعرف عليه ، رغم أنه قد يختلط علينا الأمر نظراً لتداخل الأعراض مع أعراض ذهانات أخرى ، مما يتطلب المزيد من الملاحظة والبحث للتأكد أكثر .

مدى انتشاره : لتحديد نسبة انتشار مرض الفصام ليس أمامنا إلّا الاعتماد على الإحصائيات التي تقدمها مستشفيات الأمراض العقلية ، حيث تفيد بعض هذه الإحصائيات أن نسبة انتشار الفصام تصل إلى ما بين ٦٠ إلى ٧٠ ٪ من نزلاء تلك المستشفيات ، وقد وجد الدكتور عكاشه أن نسبة الفصام بين مرضى عيادة الطب النفسي بمستشفيات جامعة عين شمس حوالي ١٥,٣ ٪ . أمّا في السودان فقد وجد دكتور بعشر أن نسبة هذا المرض تبلغ حوالي ١٣,٢ ٪ . أمّا في البلدان الأجنبية فنجد أن شيلي وواطسون (١٩٣٦) قد وجدا أن نسبة المصابين بهذا المرض في روما تبلغ ٣٥,٧ ٪ من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية ، أمّا كاروثر (١٩٤٨) فوجد أن النسبة في كينيا تبلغ ٣٠,٤ ٪ وفي ساحل الذهب ١٩,١ ٪ وفي غانا (١٩٥٨) ٥٣,٦ ٪ وفي نيجيريا ٦٠ ٪ .

وقد وجد أن حوالي ٧٠ ٪ من حالات الفصام تظهر بين سن ١٥ — ٤٠ سنة . كما أن ٤٠ ٪ من الحالات تظهر في الطبقات الإجتماعية الدنيا . كما أن هذا المرض أكثر انتشاراً بين العزاب عنه بين المتزوجين . كما يزدهر هذا المرض في فصل الربيع عنه في الفصول الأخرى . (عكاشه ، ١٩٦٩ ، ص ١٦٥) .

أسبابه : تعددت الأبحاث لمعرفة أسباب هذا الاضطراب وألفت مئات المراجع والكتب ، وقد أكدت كلها على أن هذا الاضطراب هو نتاج لعدة تفاعلات بيئية ووراثية وبيوكيميائية ، وسنحاول عرض أهم الأسباب التي تساهم في إحداث هذا المرض .

(أ) **العوامل الوراثية** (١) : اختلفت نتائج الدراسات حول مدى أهمية العوامل الوراثية ، فبعضها يؤكد الأثر الضعيف جداً من خلال دراستها للتوائم

---

(١) انظر مزيداً من التفاصيل في كتاب علم الأمراض النفسية والعقلية لسوين ص ١٢٥ – ١٣١ حيث يعرض الكاتب النسب المئوية المتحصل عليها من عدة بحوث حول مدى وراثة الفصام وغيره من الاضطرابات العقلية .

المتشابهة ، حيث اتضح أنه إذا ما أصيب أحد التوائم بالفصام فإن نسبة إصابة الآخر لا تزيد عن ٠,٣ ٪ (هستون ، ١٩٦٦) (كرفجلن ، ١٩٦٧) . أما سلفير ١٩٦١ وتينارى ١٩٦٣ فقد وجدا أن نسبة الإصابة بهذا المرض بين التوائم المتشابهة تزيد أربع مرات عنها في التوائم المتآخية ، ولا تزيد هذه النسبة عما لوحظ في الاضطرابات النفسية . (سوين ١٩٧٩) .

ولكن الذى لا خلاف عليه هو أن الوراثة يمكن أن توجد استعداداً عاماً للمرض العقلي . ويذهب البعض إلى أن هذا الاستعداد ينتقل من خلال المورثات السائدة ، وقد ثبت بطلان هذا الاعتقاد . كما يعتقد البعض الآخر أنه ينتقل من خلال المورثات المتنحية . وهو اعتقاد باطل أيضاً . أما ما يتفق عليه معظم أطباء النفس والعقل هو أن الاستعداد الوراثي ينتقل من خلال مورثات متعددة العوامل والتأثير . وأن هذا الاستعداد وحده لا يكفي لإيجاد مرض الفصام ما لم تتوفر البيئة الملائمة لتنميته .

(ب) العوامل الشخصية Personality Factors : ولمّا كانت شخصية الفرد ما هي إلّا نتاج لتفاعل عاملي الوراثة والبيئة ، فإن الشخصية الفصامية أى تلك المهيأة للإصابة بهذا المرض تتصف بـ : الانطواء ، والهدوء ، والخجل ، والحساسية المفرطة ، وتكوين جسمي واهن أى الطول مع النحافة ، وضيق عرض الصدر والكتفين وطول الأنامل والرقبة . (عكاشه ، ١٩٦٩) .

(جـ) العوامل البيئية Environmental Factors : تعددت النظريات التي تؤكد أهمية العوامل الأسرية في نشأة هذا الاضطراب فقد ذهب باتسون Bateson (١٩٦٣) إلى أن الفصام ينشأ من تعرض الطفل أثناء نموه إلى منبهات شديدة من الوالدين ، تتميز بالترابط المزدوج Double Bind الناشىء عن جو عائلي مشوّش مملوء بالمعاني غير المفهومة والسلوك الغامض . والترابط المزدوج يعني أن تعطي تعليمات متناقضة للطفل : كأن تقول له افعل (أ) ولا تفعل (أ) في نفس الوقت بحيث يعاقب سواء فعل أم لم يفعل فيتعلم التردد والقلق واللجوء إلى الحيل الدفاعية التي من بينها هذا الاضطراب الفصامي .

أمّا ليدز Lidz (١٩٦٣) فيعتقد أن الفصامي ما هو إلّا أحد أفراد عائلة مريضة . خاصة عندما يكون أحد الوالدين ضعيفاً غير ناضج ، سلبياً والآخر

سائداً ، قوياً مسيطراً . أو أن يسود بين الوالدين الطلاق العاطفي ، وغالباً ما يسود الاضطراب في تفكير آباء وأمهات العصابيين . (عكاشه ، ١٩٦٩) .

(د) **العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors** : أثبتت الكثير من البحوث وجود علاقة بين الفصام واضطراب هرمونات بعض الغدد الصماء . فقد وجد الدكتور جسنج أن مرضى الفصام يحتفظون بكميات كبيرة من مادة النيتروجين في الجسم . وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من هذه المادة وشفاء المرضى . كذلك لاحظ الدكتور رايز أن ٣٠ ٪ من مرضى الفصام يعانون اضطراباً نوعياً في نشاط الغدد الدرقية كما لاحظ الدكتور عكاشه ازدياد كمية افراز الكورتيزون لدى مرضى الفصام .

كما ذهبت بحوث أخرى إلى التركيز على دور بعض الأمراض العضوية التي تصيب بشكل خاص الجهاز العصبي مثل الحمى المخية ، وأورام الفص الجبهي والصدغي في المخ ، وقد اكتشف حديثاً وجود ضمور بالمخ لدى حالات الفصام . ويذهب العلماء السوفييت إلى أن الخلايا العصبية للفصامي في حالة ضعف وإرهاق .

ولوحظ أيضاً أن بعض العقاقير مثل .L.S.D والمسكالين والحشيش تؤدى إلى نفس أعراض الفصام مما جعل العلماء يفترضون وجود تغيرات كيماوية في جسم مريض الفصام ، مثل الاضطراب في هرمون الإدرينالين . كما لوحظ حديثاً ما سماه العلماء « النقطة القرمزية » في بول مرضى الفصام ، ناتج عن اضطراب كيميائي تمثيلي في جسم مريض الفصام . كذلك نشأت نظرية مفادها أنه يجرى في جسم الفصامي أجسام مضادة Anti bodies تتفاعل مع مؤثرات مضادة في المخ تسبب اضطراباً في الجهاز العصبي يؤدى إلى أعراض هذا المرض . (عكاشه ، ١٩٦٩) .

علاج الفصام :

تعددت طرق علاج الفصام ، ويهمنا هنا أن نشير إلى الطرق التالية :-

(أ) **العلاج العضوي Physical Treatment** : يجرى هذا النوع من العلاج في مستشفيات الطب النفسي . ويقوم به أخصائيون في الأمراض العقلية ويشمل التالي :-

١ – العلاج بالعقاقير : بدأت ثورة الطب النفسي في سنة ١٩٥٢ عندما بدأ بعض الأطباء في علاج مرضى الفصام باللارجاكتيل ، ثم ظهرت مجموعات أخرى من العقاقير مثل السيريازيل والفينوتيازين ... الخ مما لا مجال لذكره هنا .

٢ – العلاج بغيبوبة الأنسولين : وذلك بإعطاء المريض بالفصام كميات كبيرة من الأنسولين حتى يدخل في غيبوبة ثم يعطى الجلوكوز لإعادته لوعيه ثانية وتكرر هذه العملية من ٣٠ – ٥٠ مرة بمعدل ٥ مرات في الأسبوع .

٣ – العلاج بالكهرباء .E.C.T : على أساس أن الصدمة الكهربائية تغير من حركة الهرمونات العصبية بين أغشية المخ مما يعيدها إلى حالة التوازن السابقة وكذلك تنبه الهيبوتلاموس وخاصة مراكز الجهازين السمبثاوى والباراسمبثاوى مما يؤثر على نسبة هذه الهرمونات ، كما أنها تعطي راحة مؤقتة للنشاط الكهربائي للدماغ . ويحتاج المريض حوالي ٨ – ١٢ جلسة كهرباء .

(ب) **العلاج النفسي Psychological Therapy** : يتفق معظم الأطباء أنه لا يجوز الشروع في العلاج النفسي ما لم يكن مريض الفصام قد استعاد بعض وعيه وبعض اتصاله بالواقع حتى يكون قادراً على التجاوب الانفعالي مع المعالج النفسي . وفي مثل هذه الحالة يتوجب العلاج النفسي الجماعي لإبعاد المريض عن حالة العزلة واستعادته لثقته بالآخرين وبنفسه .

كذلك استخدمت حديثاً العلاجات النفسية السلوكية ، حيث يقدم التدعيم للمريض كلما صدرت عنه الاستجابة المطلوبة . فقد نجح كل من ايزاكس وتوماس وجولديا موند في إعادة القدرة على الكلام لإثنين من مرضى الفصام ممن أصابهما البكم بتقديم العلك كتدعيم للإستجابة الناجحة . كذلك نجحت أساليب التعلم الشرطي الإجرائي مع الأطفال الفصاميين وحققت نتائج تبشر بالخير على يد كل من فوستر وديماير . (سوين ، ١٩٧٩) .

(ج) **العلاج الاجتماعي Sociotherapy** : وذلك بالعمل مع عائلة المريض لدفعها إلى استيعابه وقبوله وعدم تحميله ما يفوق إمكانياته وقدراته ، وأن تتحمل بعض تصرفاته وتشجعه على الاختلاط بالآخرين .

(د) **العلاج بالعمل Occupational Therapy** : ويعني محاولة شغل المريض مهنياً أثناء وجوده بالمستشفى حسب طبيعة عمله السابق من نجارة إلى

حدادة إلى أشغال يدوية ، بحيث يكون هذا العمل يتناسب مع قدراته ومع أعراض مرضه .

(هـ) **العلاج الأسرى Family Therapy** : استحدث نوعان من العلاج الأسري في أولهما يستدعى المريض وأسرته لجلسات العلاج النفسي الأسرى . وفي ثانيهما يعيش المريض وأسرته في مراكز الأبحاث في برنامج إقامة عائلية بحيث أن المريض لا يوجه إليه علاج فردى وإنما تعالج الأسرة بوصفها وحدة متكاملة (Masserman , 1943) .

(و) **علاجات أخرى** : اعتمد الروس على النوم الطويل مع استخدام المنبهات مثل الكافيين أو الأنسولين أو العلاج بالصدمات الكهربائية كوسيلة للتعامل مع أنواع كف الحماية .

كما أن المستشفيات الخاصة بالاضطرابات العقلية بدأت تتغير وتتحول إلى بيئات علاجية بعد أن كانت مكاناً يودع فيه مرضى العقول . بل إن هذه الأمكنة تتجه لتصبح مؤسسة اجتماعية . تهدف إلى توفير ما يحتاجه المريض وما يلزم لتقدم صحته النفسية نحو الأفضل .

نماذج لحالات فصامية :

في ختام حديثنا عن هذا الاضطراب العقلي ، نود أن نعرض بعض النماذج التوضيحية لهذا الاضطراب .

النموذج الأول : « كنت » ضابط سابق في القوات الجوية في الثالثة والعشرين من عمره . أتم دراسته الجامعية في كلية الزراعة بإحدى جامعات الولاية ثم التحق بالجيش . ومرت الشهور الستة الأولى دونما أحداث تذكر ، ولو أنه بدا عليه شدة الإجهاد وقلة الإهتمام أو عدم الإكتراث بمستقبله المهني . وكان من النوع المحبب لأقرانه بسبب واحد أنه لا يطالبهم بشيء . فلا يزعجه أن يقرضهم النقود دون أن يردوها إليه . وبدأ ينعزل عنهم ولا يرد على تهكماتهم ولا يستجيب إلا بابتسامة طفيفة بين الحين والآخر . وفي العام الثاني من وجوده في الجيش بدأ رؤساؤه يلتفتون إليه بسبب أنواع السلوك غير العادية لديه ، فقد بدأ يتحدث إلى نفسه ، ويقضي جزءاً كبيراً من الليل ساهراً وحده مع كلب ضال ، كذلك ضعفت قدرته على تنفيذ الأوامر وإنجاز الأعمال .

وبالرجوع إلى تنشئة « كِنت » الأساسية ، وجد أن أسرته كانت تلاحظ عليه منذ طفولته ميله للعزلة ، بل كانوا يتندرون عليه ويصفونه بالشخص الخجول . وفي المدرسة الإبتدائية كان لا يشارك في الأنشطة الرياضية الجماعية ، كان يعود وحيداً من المدرسة وَيَلِذُّ له أن يبقى وحده . وعندما وصل إلى المدرسة الثانوية كان ملتزماً جداً بالنظام المدرسي . ولم يلحظ أحد من مدرسّيه أنه ينفعل أو يتحمس لأى موضوع . وفي الجامعة كان يقضي معظم وقته مع حيوانات المزرعة . ولم تكن تثيره نكات زملائه من الطلاب أو سخريتهم .

وبعرض « كنت » على الطبيب النفسي شخص على أنه يعاني « الفصام البسيط » وتقرر خروجه من الجيش بسبب عدم لياقته الطبية وآخر ما عُرف عنه أنه ترك الولاية في سيارته متجهاً إلى الريف . (سوين ١٩٧٩) .

إنّ هذا النموذج للفصام البسيط يبين لنا أعراضاً لا تخطئها العين نذكر منها : الاضطراب الانفعالي ، البعد عن الواقع ، الاستغراق في الذات وكلها من أعراض مرض الفصام .

النموذج الثاني : كانت « أدنا » زوجة لأحد العمال غير المهرة تبلغ من العمر خمساً وأربعين سنة دخلت المستشفى في حالة اضطراب شديد ، وفيما يلي جزء من المقابلة الأولى عند دخولها لأول مرة .

الطبيب : أنا الدكتور ... أود أن أعلم بعض الأمور عنك .

المريضة : إن لك ذهناً قذراً . يا إلهي ، يا إلهي ! إن القطة في المهد .

الطبيب : خبريني بماذا تشعرين ؟

المريضة : جرس لندن عبارة عن حوض طويل طويل للسفن . هيء ، هيء ، هيء (تقهقه بشكل لا سيطرة لها عليه) .

الطبيب : هل تعلمين أين أنت الآن ؟

المريضة : تبا لكم يا معشر من تقطعون في أحشائي . إن الجرو - جرومتر [1] سيتكفل بكم جميعاً (ثم تصيح قائلة) أنا الملكة سأحولكم جميعاً إلى مشهبرات إلى الأبد .

---

(١) كلمات لا معنى لها من ابتداع المريضة .

الطبيب : زوجك قلق منشغل بسببك هل تعرفين اسمه ؟

المريضة : (تقف ، تمشي إلى الحائط وتواجهه) من أنا ، من نحن ، من أنتم ، من هم ؟ .

(تستدير) أنا ... أنا ... أنا ... أنا ...

(يتقلص وجهها في تعبيرات غريبة مضحكة) .

وضعت « أدنا » في جناح النساء بعد أن شخصت : إنها تعاني الفصام الهيبوفريفي ، وأخضعت للعلاج بالصدمات الكهربائية ثم العلاج المكثف بالتورازين (الكلوربرومازين) ولكن التحسن بطيء جداً (سوين ١٩٧٩) . هذا النموذج يبين بوضوح اضطراب التفكير والاضطراب الانفعالي .

النموذج الثالث : [١] أحمد – شاب في السادسة والعشرين من عمره . تربى تربية قاسية في أسرة بسيطة الحال ، حتى صار ميّالاً إلى الهروب من البيت أو التسلل إليه ليلاً بعد أن ينام الجميع . وشيئاً فشيئاً صار لا يبالي بسخرية إخوته وأخواته به ، ولا يهتم بنفسه ويعتقد أن لا أحد في البيت يريده فيه – التحق بالجامعة وهناك تعرّف على صديق تعلق به بشكل غريب وأحبه حباً شديداً لدرجة أنه لا يستطيع أن يفارقه . ولكن هذا الصديق شكّ في نواياه وانصرف عنه مما أحدث عند أحمد صدمة عنيفة دخل على إثرها إلى مستشفى الطب النفسي . وبدأ يعالج بالجلسات الكهربائية التي بلغ عددها ٦٨ جلسة وببعض العقاقير ثم بدأ يشكو من أمراض جسمية في مواضع مختلفة من جسمه ، ويسير من فشل إلى فشل في دراسته ، لا يثق في الناس ، بدأ يهمل أيضاً في عمله حتى هدد بالفصل وأخيراً فصل . تبدو عليه مخايل الغباء ولا يستجيب بسرعة ، يقضي معظم وقته نائماً ، كان تشخيصه أنه يعاني الفصام البسيط .

هذا النوع يبين لنا أعراض اضطراب الفكر والاضطراب الجنسي والانفعالي [٢] .

---

(١) حالة شاهدتها في العيادة النفسية في ليبيا .

(٢) لمزيد من النماذج انظر كتاب علم الأمراض النفسية للدكتور الدسوق ص ١٤٨ – ١٥٣ .

الخلاصة :

إن الفصام مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية أهمها :

اضطرابات التفكير والإدراك والإرادة والسلوك والوجدان . يعم هذا الاضطراب الشخصية كلها لدرجة يعزلها عن الواقع ويبدو صاحبها كأنه في حلم مستمر .

ويتساهم في إحداث هذا الاضطراب أكثر من عامل : فالعوامل الوراثية والشخصية والتنشئة الأسرية ، والعوامل البيوكيميائية كلها أو بعضها يمكن أن يؤدى للإصابة بهذا الاضطراب .

والفصام يمكن أن يصيب الإنسان في جميع مراحل حياته فقد يظهر في سن مبكرة جداً ويسمى عندئذ فصام الطفولة .

ولعل أول علاجات الفصام هو العلاج العضوي المتعدد الأوجه : العقاقير ، الجلسات الكهربائية ، الجراحة ، ولا يتدخل العلاج النفسي إلّا إذا نجح الطبيب في إعادة المريض إلى الواقع ، وفي هذا العلاج يمكن أن تقدم له أيضاً أنواع أخرى من العلاجات مثل العلاج الاجتماعي ، الأسرى ، والترفيهي .

٢ - الاكتئاب الذهاني Psychotic Depression [١] : يظهر هذا النمط من الاضطرابات العقلية بعد حوادث معينة مثل عملية الولادة أو العمليات الجراحية ، ويكون ظهوره فجائياً . وأحياناً أخرى يزحف تدريجياً من اكتئاب بسيط Depression (اضطراب نفسي) إلى اكتئاب شديد Acute Depression

(١) عرف هذا المرض لدى الإغريق وقد تحدث عنه أبو قراط عندما وصف لنا صاحب المزاج الترابي الذى تغلب عليه افرازات الطحال . وقد قدم لنا أعراض هذا المرض المتمثلة في التشاؤم ، والانقباض وكثرة التأمل واضطراب التفكير .

وفي سنة ١٧٩٠ أشار فيشر إلى أن لهذا المرض دور بمعني أنه يبدأ بسيطا ثم يتدرج في الشدة ليصل إلى أحد مراحله وهي الاكتئاب الذهاني .

أمّا كريبلين (١٨٩٦) فقد تحدث عن الهوس الاكتئابي وهو الحالة المرضية التي تتميز بفترات طويلة من الزهو أو الاكتئاب أو تعاقبهما معا مع فترات راحة طويلة بينهما . انظر (Maslow , 1941) .

أو اكتئاب ذهاني . ويمكننا التعرف على هذا الاضطراب من أعراضه الأولية المتمثلة في صعوبة التركيز ، والتردد ، وتوهم علل جسمية ، ومحاولات للانتحار ، والادمان ... الخ .

أعراضه : تشمل التالي :-

(أ) **اضطرابات العاطفة Disturbances of Affect** : تبدأ بشكوى المريض من فقد القدرة على التمتع بمباهج الحياة ، مع انكسار النفس ، وهبوط الروح المعنوية ، وإحساس باليأس والجزع ثم تبدأ نوبات البكاء المتكررة ، ثم تزيد وطأة الاكتئاب لتصل إلى رفضه لاستمرار الحياة . والطريف أن هذه السوداوية تبدأ شديدة في الصباح وتتحسن تدريجياً أثناء اليوم وتخف حدتها في المساء ، ثم يصحو المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق ، يبدأ التحسن التدريجي وهكذا .

(ب) **اضطرابات التفكير والإدراك Thought and Perception Disturbances** : تتأثر الوظائف العقلية لدى المصاب فتبدو عليه قلة الانتباه ، السرحان ، عدم القدرة على التركيز ، الإجهاد الشديد في التفكير في أبسط الأشياء ، الإحساس بتأنيب الضمير لأتفه الأسباب ، اتهام نفسه بالخطيئة ، الصراع الدائم ، الطنين في الأذن ، الهذاءات العدمية Nihilistic مثل إحساسه أن لا قيمة له ولا لوجوده أو الإحساس بفقد أحد أعضاء الجسم .

ثم تظهر عليه بعض الهلاوس والخداعات فيطيل النظر في المرآة مشدوهاً لما أصابه من تغير غير حقيقي .

(ج) **الأعراض الجسدية Somatic Symptoms** : مثل فقد الشهية ، الإمساك ، الضعف الجنسي ، واضطرابات الطمث ، آلام جسمية ، اضطراب النوم ، الدوار ... الخ .

(د) **اضطراب النشاط الحركي النفسي : Psychomotor Disturbances** : تقل قدرته على العمل ، يهمل بيته ، يكثر من الشكوى ، ينتابه الخمول والكسل الذى قد يصل إلى حد الشلل التام وأحياناً يصاب المريض بالتهيج فتزيد حركته ، يفرك يديه ، يهز رجليه ، ترتجف أطرافه ويكثر كلامه ... الخ .

(هـ) الميول الانتحارية **Suicidal Tendencies** : يعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة في هذا الاضطراب . فقد وجد أن ٥٠ – ٧٠ ٪ من حالات الانتحار الناجح تكون بسبب الاكتئاب .

مدى انتشاره : المعروف لدى أطباء الاضطرابات العقلية أن نسبة انتشار هذا النوع تتراوح ما بين ١٠ – ١٥ ٪ من بين الحالات المترددة على مستشفيات وعيادات الطب العقلي . وفي أحد مؤتمرات الطب العقلي بالسودان قدم الدكتور بعشر بيانات تصل بنسبة مرض الاكتئاب إلى ٢٠ ٪ من المرضى العقليين . (عكاشه ، ١٩٦٩) .

أمّا من حيث السّن التي من المتوقع أن ينتشر فيها هذا الاضطراب ، فتفيد بعض الاحصائيات أن ٢٥ ٪ من المرضى به أقل من الثلاثين ، وأن ٢٥ ٪ منهم فوق الخمسين . ويظهر هذا الاضطراب مبكراً لدى النساء إذ إن نسبة الجنس ٣ : ٢ (دسوقي ، ١٩٧٤) . هذا وقد بلغت نسبة انتشار هذا المرض في كينيا ٥,١ ٪ ، وفي ساحل الذهب ١٩,٤ ٪ ، وفي مصر ٢٤,٥ ٪ ، وفى روسيا ٢١,٤ .[١] (عكاشة ، ١٩٦٩) . ويؤكد بعض الخبراء (Lurie, 1950) أن الاكتئاب الذهاني لا يقع مطلقاً أثناء الطفولة ، وإن صدف وظهر فإنما يظهر بهيئة خفية وأعراض جسمية كالتبول اللاإرادى ، السلوك العدواني ، الأرق ، الأحلام المزعجة ، التجوال الليلي ... الخ .

أسبابه : الاكتئاب الذهاني كغيره من الاضطرابات الذهانية الوجدانية نتاج تفاعل مجموعة من العوامل نذكر منها :–

(أ) **العامل الوراثي Hereditory Factor** : أثبتت سبع دراسات [٢] أن نسبة الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٦٨ ٪ وبين التوائم المتآخية حوالي ٢٣ ٪ . كما يتفق العلماء على أن المورثات المسببة لهذا

---

(١) إن هذه الاحصائيات المتصلة بالسن والجنس والمكان تشير إلى دور العوامل الديمغرافية في نشوء هذا الاضطراب العقلي .

(٢) الدراسات السبع لكل من : لوكسبنجر ١٩٢٨ ، روزانوف ١٩٢٥ ، كولمان ١٩٥٠ ، سليتر ١٩٥٣ ، دافونسكا ١٩٥٩ ، اسمولر ١٩٦٣ ، همارفالد ١٩٦٥ ، انظر (عكاشة ، ١٩٦٩ ، ص ٢٤٦) .

الاضطراب مورثات سائدة بشكل أوضح مما هو عليه الحال في اضطراب الفصام .

(ب) **العوامل البيئية Environmental Factors** : ونعني بها هنا تعرض الفرد للإحباط في إشباع حاجاته المختلفة وإلى تحد لقدراته ، أو عدم التوافق بين قدراته وانجازاته ، وما يطلب منه وكذلك تعرضه للحرمان الأسرى ، أو نشوءه في أسرة قاسية نابذة ... الخ . (Pollit , 1957) .

(ج) **العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors** : إن تعرض الجسم لاضطراب في الجهاز الغدى أو الجهاز العصبي أو في كيميائية الجسم يساعد على ظهور هذا المرض . فقد أثبتت البحوث أن أعراض الاكتئاب تزداد أثناء الطمث أو أثناء سن اليأس عندما تتوقف أنشطة الهرمونات الجنسية ، أو عندما يحدث نقص في إفراز الغدة الدرقية والذى يسبب مرض المكسيديما .

كما أثبتت الكثير من البحوث وجود أعراض الاكتئاب في حالات الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي مثل زهرى الجهاز العصبي ، الشلل الاهتزازى ، تصلب شرايين المخ ... الخ .

كما أجريت دراسات عن علاقة الاكتئاب الذهاني بنسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي ، ووجد أن المكتئبين يحتفظون بكمية صوديوم تزيد ٥٠ ٪ عن العادى .

كما لوحظ أيضاً أن كثيراً من مرضى الضغط المرتفع الذين يتناولون عقار السيريازيل تنتابهم نوبات من الاكتئاب الشديد . ويرد العلماء هذه الظاهرة إلى أن السيريازيل يقلل من نسبة بعض الهرمونات العصبية في المخ . (عكاشه ، ١٩٦٩) .

علاج الاكتئاب الذهاني :

إن هذا الاضطراب يختلف عن حالة الفصام ، من حيث إنه يمس كما ذكرنا الناحية الوجدانية أكثر من مسه الناحية العقلية . ويميل الكثيرون من المعالجين إلى علاج هذا الاضطراب خارج المستشفيات إذا ما توفرت الظروف الاجتماعية المناسبة والإشراف الطبي المستمر . فلا يدخل المصاب إلى المستشفى إلّا في

حالات شديدة وصعبة كأن تكون حالته الصحية الجسمية لا تسمح بالعلاج في المنزل ، أو في حالة محاولاته المتكررة للانتحار . أو في حالة رفضه للطعام والشراب ... الخ . وعليه فإن طرق العلاج المفيدة لهذا الاضطراب تتنوع تبعاً للمكان الذى يوجد فيه وسنعرض بعض هذه الطرق فيما يلي :-

(أ) **العلاج العضوي Physical Treatment** :

١ - **العلاج بالعقاقير Chemotherapy** : تعطى العقاقير المضادة للاكتئاب ومنها منبهات الجهاز العصبي مثل مشتقات الامفيتامين . وكذلك يعطى التوفرانيل والتريبتيزول والكونكوردين ... الخ [١] .

٢ - **العلاج بالجلسات الكهربائية E.C.T.** : أثبتت الجلسات الكهربائية فعالية مؤكدة في علاج حالات الاكتئاب ، (٨٥ - ٩٥ ٪ نسبة الشفاء) . ويحتاج المريض حوالي ٦ - ٨ جلسات موزعة على أساس جلستين أو ثلاثة كل أسبوع . ويلاحظ أن للجلسات الكهربائية بعض المضاعفات التي غالباً ما تزول تدريجياً بعد توقف تلك الجلسات ، ومن الأمثلة على هذه المضاعفات اضطراب الذاكرة ، تحول الاكتئاب إلى مرح حاد خاصة عند أؤلئك الذين يعانون الاضطراب الدورى (اكتئاب - مرح - اكتئاب) .

(ب) **العلاج النفسي [٢] Psychoherapy** : لمّا كان هذا الاضطراب اضطراباً وجدانياً في الدرجة الأولى فإنّ العلاج النفسي أساسي جداً لإقامة علاقة بين المريض والمعالج . ويتجه هذا النوع من العلاج إلى محاولة فهم مشاكل المريض وصراعاته الداخلية وإعطاؤه الأمل بالشفاء ، ثم تشجيعه على مقاومة الأفكار السوداوية مثل كرهه لذاته ، وتوقعاته السلبية ولومه لنفسه والحط من قيمتها وتضخيم المشكلات ... الخ ، ثم تشجيعه على الإفضاء بكل متاعبه للمعالج الذى يساعده في اقناعه بعدم صحة معتقداته بالبؤس والذنب والشقاء . كما لا ينصح

---

(١) من يرغب في الاطلاع على مزيد من العقاقير يمكنه الرجوع إلى كتاب الطب النفسي المعاصر للدكتور عكاشة ١٩٦٩ - ص ٢٧٨ - ٢٨٦ .

(٢) يمكن التوسع في هذا العلاج باستخدام العلاج المساند والعلاج السلوكي والعلاج التأهيلي .

المريض بالذهاب إلى الشواطىء أو أماكن النزهة البعيدة عن الناس لأن ذلك سيعزز أفكاره الانتحارية . إنما على العكس يشجع على الاختلاط بالناس ومحاولة القراءة أو التسلي بمشاهدة أفلام خاصة أو ممارسة هوايات معيّنة ، أو اللجوء إلى الراحة والاسترخاء ... الخ .

وسنعرض فيما يلي بعض الحالات كنماذج لهذا الاضطراب علنا نتبيّن من خلالها أعراض هذا المرض .

نماذج من حالات الاكتئاب الذهاني :

النموذج الأول : أ . ب . فتاة في الثامنة عشرة من عمرها أدخلت إلى المستشفى في حالة بلادة واكتئاب تشعر باليأس وتحس بأنها لم تتعلم ولا تستطيع التركيز . وبدا لها أن الانتحار هو أبسط حل لمصاعبها . كانت بطيئة في الإجابة ، وتجيب أغلب الأحيان بكلمة واحدة . وتعترف بأنها سوداوية المزاج وعقلها ليس مستريحاً بل مليء بالمشاعر والأفكار المرضية ولذلك لم تكن قادرة على النوم وهي تفكر أنها عانت هلوسات أو هذيانات ، وتدرك أنها مريضة وتحتاج للعلاج بالمستشفى .

وبالرجوع إلى تاريخ الحالة وجد أن جدتها لأبيها تخلصت من حياتها عندما بلغت الثانية والستين ، وعم والدتها أقدم على الانتحار في الخامسة والأربعين أصابتها نوبة سابقة منذ سنة استعادت صحتها بعد أقل من أسبوع وقبل إدخالها المستشفى بثلاثة أيام أخبرت والديها أنها شربت زجاجة القطرة (محلول العين) الموجودة في المنزل .

وبعد فترة قصيرة من الإقامة في المستشفى قضتها راقدة في سريرها سمح لها بالنهوض وبذلت معها محاولة لتنمية ميلها إلى العمل وبسرعة استعادت ثقتها بنفسها وخلال شهرين استردت صحتها وأمكن أن تعود لبيتها .

إنّ هذا النموذج يبين بوضوح أن هذا الاضطراب يمس الناحية الوجدانية دون الناحية العقلية (الإحساس باليأس ، احتقار الذات ، المزاج السوداوى) بدليل أنها لم تعاني هلوسات الهذاءات ، كما تدرك أنها مريضة بحاجة للعلاج ويبين هذا النموذج أيضاً دور العامل الوراثي ، وكيف أنها شفيت بسرعة بالعلاج الطبي والنفسي معاً .

النموذج الثاني : مادلين أرملة في الستين من عمرها عندما أدخلت المستشفى وهي مصابة بحالة اكتئاب شديدة حيث يبدو عليها الإعياء وترفض الكلام وترفض مغادرة شقتها تتنهد باستمرار وكانت تبدو على وشك البكاء ، تظل شاردة واجمة .

وبالرجوع إلى التاريخ المرضي للحالة وجد أن مادلين قد دخلت المستشفى أول مرة في سن الثانية والعشرين بعد اقترانها بزوجها الأول وكانت يومها تبدى أعراض الهوس التي عولجت منها وبعد شهر عاودتها أعراض الاكتئاب حيث عولجت منها أيضاً وظلت سوية إلى أن أصابها الإنهيار في سن الستين .

ويروى زوجها أنه عاد ذات يوم للبيت ليجدها تتراقص وتدور حول نفسها ، وقد ارتدت فستان زفافها وقد لفت حوله فوطة الحمام ، فاستقبلته بضحكة ذات صلصلة تخرق الآذان ، وكانت تصدر أصواتاً صاخبة لا تتوقف وهي تغني وتطلق الشعارات وتفحش في القول ... الخ .

عولجت هذه الحالة بالجلسات الكهربائية والعقاقير وتحسنت حالتها بعد جهد جهيد (سوين ١٩٧٩ ، ص ٦٣٩ - ٦٤٠) .

هذا النموذج يقدم لنا أعراض الاضطراب الوجداني الذهاني بنوعية الاكتئاب والهوس وكذلك طريقة العلاج . ولا شك أن الوضع الذى وجدها زوجها فيه يقدم نموذجاً ممتازاً لحالة الهوس ، أما حالتها في المستشفى بعد فهي تصور أعراض الاكتئاب السلوكية والنفسية مثل الحزن والكآبة ، الإرهاق ، قلة الانتباه ، السرحان ... الخ .

الخلاصة :

إن الاكتئاب الذهاني اضطراب عقلي قد يحدث بشكل مفاجىء بعد حوادث مثيرة مثل الولادة أو العمليات الجراحية ، وقد يزحف تدريجياً من الاكتئاب البسيط إلى الحاد أو الذهاني .

ويبدى أعراضاً لا تخطئها العين الملاحظة من : مظاهر الحزن والأسى وهبوط الروح المعنوية وقلة انتباه ، وسرحان ، وعدم قدرة على التركيز ، وفقد القدرة على التفكير ، واضطراب النوم ، وفقد الشهية ... الخ . كما يمكن للمضطرب أن يحاول إنهاء حياته .

ويذهب الكثيرون إلى أن هذا الاضطراب نادر الوقوع في الطفولة ، كما تتعدد أسبابه ومنها : العامل الوراثي ، والبيئي ، والبيوكيميائي ، أمّا علاجه فلا بد أن يتعاون فيه الاخصائي النفسي لتقديم العلاج النفسي ، وكذلك الطبيب لتقديم العقاقير الطبية اللازمة والجلسات الكهربائية التي تعطي نتائج ملموسة في مثل هذه الحالات .

٣ – ذهان الشيخوخة :

يعتبر هذا الاضطراب من أهم أمراض الشيخوخة التي تواجه المجتمع المعاصر ، خاصة ونحن نشهد هذا الاهتمام الكبير على مستوى عالمي بهذه المرحلة من العمر . وكذلك التقدم العلمي في مجال الرعاية الصحية مما رفع من معدلات العمر على مستوى عالمي ، ووفر إمكانيات علاج الأمراض الذهانية للمسنين ، ولا شك أننا نحن – المسلمين – مأمورون بالعناية الفائقة بالمسن وذلك في قوله تعالى : ﴿ **وقضى ربُك ألّا تعبدُوا إلّا إيّاهُ وبالوالدينِ إحساناً ، إمّا يبلغنّ عندك الكبرُ أحدُهُما أو كلاهُما فلا تقلْ لهما أفٍ ولا تنهرهُما وقُل لهما قولاً كريماً * واخفضْ لهمَا جناحَ الذلِ من الرحمةِ وقُلْ ربِ ارحمهما كما ربياني صغيراً** ﴾ .
« صدق الله العظيم » .

وإذا كان من الطبيعي أن تتناقص القوى العقلية للفرد بتقدم العمر – القدرة العقلية كما تقيسها اختبارات الذكاء – فإن القليلين هم الذين يصلون إلى سن الشيخوخة (ما فوق الستين – الوفاة) ، بغير متاعب سوء التوافق الشخصي والاجتماعي . هذا التوافق الذى هو الحد الفاصل بين الشيخوخة العادية والشيخوخة الذهانية . ذلك أن ذهان الشيخوخة يعني « إصابة الفرد باليأس أو فساد التكوين Involution Degeneration نتيجة كبر السن وما صاحبه من ظروف طوال ما لا يقل عن سبعين سنة من العمر » . (دسوقي ، ١٩٧٤) .

وتتراوح نسبة انتشار هذا الاضطراب من مجتمع لآخر وتدل بعض الأبحاث الحديثة على أن حوالي ١ ٪ من المسنين يعانونه وفي إحصائيات أجريت بالولايات المتحدة تبيّن أن نسبة ١٨ ٪ من المقبولين بمستشفيات الأمراض العقلية يعانون ذهان الشيخوخة منهم ٨ ٪ جنون شيخوخة بسيط [1] و ١٠ ٪ تصلب شرايين المخ .

---

(١) يسميّه البعض مرض الزهيمر Al zheimers Disease .

أعراضــه : يمكننا حصر الأعراض التالية :

(أ) **تدهور القدرات العقلية Mental Deterioration** : يبدأ المريض نسيان الحوادث القريبة ، ثم نسيان كل ما عرفه من قبل ، فينسى أصدقاءه وأقاربه ، وأين وضع حاجياته ، وكثيراً ما ينهكُ في الثرثة بلا هدف ويتحدث عن ذكرياته الماضية ثم يأخذ في رواية أحداث لم تقع ولا يستطيع حل أبسط المسائل. وتظهر بعض الهلاوس السمعية والبصرية والهذاءات .

(ب) **اضطرابات وجدانية Emotional Disorders** : بعض المرضى تكون معنوياتهم منخفضة Low Spirits وفي هذه الحالة تنتابهم أفكار سوداوية ، وعدم استقرار انفعالي ، وتوهم العوز والحاجة أو أنه عبء ثقيل على أولاده . وقد ينتابهم المرح فيغنون ويرقصون دونما حرج ويتجولون في الحجرات للتأكد من غلق الأبواب لأنهم يخافون من اللصوص ، ويتفننون في إخفاء مقتنياتهم الشخصية . وللبعض منهم شراهة في تناول الأطعمة وبعضهم يهمل ذاته ، ويصبح عديم الهندام أو الترتيب لا يهمه إلّا إشباع حاجاته الضرورية .

(ج) **اضطرابات سلوكية Behavioral Disorders** : يبدى بعض المرضى شذوذاً في السلوك الجنسي كالانحراف والاغتصاب والاستجناس واستعراض الأعضاء التناسلية أمام زوجته وأولاده وأحياناً أصدقائه .

أسبابه : ذهان الشيخوخة باعتباره ذهاناً عضوياً ينتج في الدرجة الأولى من عوامل بيوكيميائية ، ثم تأتي العوامل النفسية والاجتماعية كعوامل مساعدة في إحداث هذا الاضطراب العقلي .

(أ) **العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors** : تتمثل هذه العوامل في إصابة المخ بأمراض مثل أورام المخ وزهرى الجهاز العصبي وضمور المخ خاصة مخ الفصين الجبهي والصدغي ، وتتمثل أيضاً في ارتفاع ضغط الدم أو هبوط القلب أو اضطرابات الغدد .

(ب) **العوامل النفسية Psychological Factors** : يفسر براون ومينفجر ذهان الشيخوخة على أنه فشل الدوافع المتعلقة بلذة الحب والإشباع في أن تتغلب على بواعث الهدم والتحلل . فالعجوز الذى عاش شبابه وكهولته بنجاح

واستمتع بإشباع كل لذة أباحها المجتمع ، يجد الآن أن اللذة التي تتحصل من استمرار الحياة لا تساوى الإحباط والآلام التي تنجم عن هذا الاستمرار ، فترجح عنده لا شعورياً رغبة الموت على الرغبة في الحياة . (دسوقي ، ١٩٧٤) .

إنّ إحساس المسن بأنه أصبح عجوزاً أو شيخاً يحمل في ثناياه مجموعة من الأحاسيس كالخوف من العجز وتوقع الموت ، ونقص قيمة الذات كل هذا يساهم في الوصول به إلى اليأس فالاكتئاب الحاد .

(ج) **العوامل البيئية Environmental Factors** : لا شكّ أن اتجاه الأسرة خاصة في المجتمعات الصناعية إلى الأسرة النواة قد جعل الآباء والأمهات يعيشون في عزلة اجتماعية ، مما يساهم في تهيئة البعض للإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية . كما أن العجز الذى قد يصاب به المسن خاصة العجز الجسمي مثل فقد الإبصار أو فقد السمع ، يساهم في عزلته الاجتماعية ، ويدفعه إلى الشك فيمن حوله ، ويتولد لديه بعض الهذاءات الاضطهادية وغيرها من أعراض الذهان .

كما أن إحالته على التقاعد وما يتسبب من نقص في الدخل وفقدان لأصدقاء المهنة أو العمل وزيادة الفراغ وضياع الأهداف عوامل مساعدة في ظهور الاضطرابات الذهانية عند كبار السن .

علاج ذهان الشيخوخة :

رغم أن ذهان الشيخوخة يظهر في سن متأخرة من العمر وينتهي عادة بالموت إلّا أنه قد حظى في المدة الأخيرة بنوع من الرعاية والعناية باعتبار أنه مرض من الأمراض التي تصيب الفرد في هذه المرحلة من العمر ، وأن الرعاية الصحية بالمسنين امتدت لتشمل عموم أمراض الشيخوخة بما فيها هذا الاضطراب العقلي . وتعددت طرق العلاج نذكر منها ما يلي :-

(أ) **العلاج العضوي Physical Treatment** : ويشمل تقديم العقاقير المهدئة وإعطاء الفيتامينات والمضادات الحيوية والأكسجين وذلك حسب الحالة . ومن الممكن إعطاء العقاقير المضادة للاكتئاب مثل التوفرانيل والبيرتوفران والتريبتيزول وغيرها .

(ب) **العلاج النفسي Psychological Therapy** : إذا كان العلاج النفسي التحليلي لا ينفع مع المسنين إلّا أن العلاج الفردى المساند supportive الذى يجد فيه المريض المعين والسند ، يمكن أن يؤدى إلى نتائج إيجابية . ونعتقد أن العلاج النفسي الديني له مجاله الأساسي هنا ، ذلك أن الدين يمنح المسن الأمل والرجاء في نعيم الله والرضاء بما قسم له ، والقناعة بأن الحياة الدنيا ما هي إلّا معبر بسيط لحياة أرحب وأطول ، الحياة الأبدية . وبالتالي نعاون المسن في مواجهة الخوف وترقب الموت ونبذه لذاته ... الخ . كما أن العلاج المركز حول العميل كما يسميه روجرز ينفع هنا أيضاً ، فكلما عرف المسن طبيعة مرحلة الشيخوخة التي يجتازها ، وعرف إمكانياته ، وما يمكن أن يتعرض له من هم في مثل سنه من اضطرابات كلما عاونه ذلك على قبول ذاته والتوافق معها .

(جـ) **العلاج الاجتماعي Sociotherapy** : يتوجه هذا العلاج نحو خلق بيئة يستطيع فيها المريض المسن أن يعمل وينشط ويستفيد من قدراته في جو وظروف ملائمة ، ولعل أفضل بيئة للمسن في مجتمعاتنا هي الأسرة بما تمنحه من جو كله عطف وحنان وانتماء ورضا ، أمّا دور الرعاية الاجتماعية فرغم ما تقدمه من خدمات للمسن لا يمكن أن تعوضه عما فقده بانفصاله عن أسرته . كما أن إيجاد نواد يقضي فيها المسن وقت فراغه ويلتقي بأصدقائه بعد إحالته على التقاعد .

أضف إلى ذلك أن الأخصائي الاجتماعي الطبي ، يستطيع أن يقدم خدمات تدريبية لأولئك الذين يعانون الشلل واحتباس النطق (الأفازيا) وذلك في المستشفى أو في الأسرة .

نماذج من ذهان الشيخوخة :

النموذج الأول : رجل مسن في الخامسة والثمانين من عمره ، أودع في المستشفى بعد أن ماتت زوجته ورفض أولاده الاستمرار في رعايته . فكان يقضي معظم وقته راقداً في سريره يتمتم لنفسه . وكانت تعتريه نوبات من الهذيان فيظل يصيح في طلب زوجته ولا يستطيع أثناءها التعرف على أحد . وكثيراً ما كان يتهم العاملين في المستشفى بالتآمر عليه والحط من قدره . كما أنه لم يكن يبالي حين يتعرّى أمام الأطفال الذين يزورون عنابر المستشفى . ثم بدأ يفقد قدرته على تذكر الأحداث البعيدة . وفي أواخر أيامه فقد اتجاهاته الزمانية والمكانية تماماً وبدت عليه الهلاوس والاهتياج .

النموذج الثاني : امرأة في الثمانين من عمرها ، حضرت إلى المستشفى وكانت تبدو عليها علامات اللطف والبشاشة ، تتحدث بطلاقة وبطريقة مشتتة ومختلطة ، تسد فجوات الذاكرة الحاضرة بأحداث انقضت من عشرين أو ثلاثين سنة ، وفجأة تتحول إلى حالة من عدم الاستقرار ، فتنخرط في نشاط مستمر ، تتحرك جيئة وذهاباً . ولمّا أودعت في المستشفى لوحظ عليها أنها تطوى قطعة من القماش ثم تفردها من جديد دونما كلل أو ملل ، كما لوحظ أنها تظل وقتاً طويلاً تدور في ساحات المستشفى تجمع الحاجات التافهة .

الخلاصة :

تزداد نسبة انتشار ذهان الشيخوخة نظراً لتزايد عدد المسنين في المجتمعات عموماً ، ويعود هذا الاضطراب العقلي إلى عوامل : جسمية ونفسية واجتماعية . ويمكن التعرف على صاحبه من جملة أعراض أهمها : اضطراب القدرات العقلية خاصة تذكر الأحداث الحاضرة ، والقدرة على ضبط عمليات التفكير والفشل في حل أبسط المسائل ، كما تظهر بعض الاضطرابات الوجدانية كالكآبة أو الانفعالات غير المستقرة ، أو الاحساس بالنبذ أو العداء أو التآمر عليه .. الخ . كما يبدى المسن بعض الاضطرابات السلوكية الخارجة عن المألوف دونما حياء أو خجل . ويمكن أن يقدم لمثل هؤلاء العلاج الطبي والعلاج النفسي والاجتماعي .

الفصل الخامس

مشكلات الطفولة

- مقدمة
- صعوبات تحديد المشكلة
- تعريف مشكلات الطفولة
- تصنيف المشكلات
- تشخيص المشكلات
- حجم المشكلات
- أسباب المشكلات
- علاج مشكلات الطفولة
- بعض مشكلات الأطفال .
- المخاوف المرضية (الفوبيا)
- فوبيا المدرسة
- الغيرة
- التبول اللاإرادى

هذا الفصل من إعداد الدكتور كمال إبراهيم مرسى .

تمهيد

تبين من دراسات الباحثين في الشخصية وعلم نفس النمو أن توافق الإنسان في المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه في الطفولة ، فمعظم المراهقين والراشدين المتوافقين مع أنفسهم ومجتمعهم توافقاً حسناً كانوا سعداء في طفولتهم ، قليلي المشاكل في صغرهم ، بينما كان معظم المراهقين والراشدين سيئي التوافق تعساء في طفولتهم ، كثيري المشاكل في صغرهم .

كما أوضحت نتائج الدراسات في مجالات علم النفس المرضي وعلم نفس الشواذ دور مشكلات الطفولة في نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية في مراحل المراهقة والرشد ، فقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن نسبة كبيرة من الذهانيين والعصابيين والمجرمين والجانحين ومدمنى الكحوليات والمخدرات والمنحرفين جنسياً كانوا تعساء في طفولتهم ، وعانوا في صغرهم من مشاكل نفسية واجتماعية عديدة .

من هنا أدرك علماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الصغار ، ومعرفة أعراضها وأسبابها ، ونصحوا بضرورة اتخاذ الإجراءات المناسبة للوقاية منها ، وعلاجها في سن مبكرة ، قبل أن تؤدى إلى الانحرافات النفسية أو انعدام الصحة النفسية في مراحل العمر التالية .

ونحن بدورنا نؤيد هذه النصيحة ونعتبر الوقاية من مشكلات الطفولة وعلاج الأطفال أصحاب المشكلات خط الدفاع الأول ضد الانحرافات النفسية في مراحل الحياة التالية ، لأنهما – أي الوقاية والعلاج – يساعدان على نمو الشخصية السوية ، ويمكنان الشخص من الاستفادة بما وهبه الله من استعدادات وقدرات وميول – في تعلم ما ينفعه في الدنيا والآخرة ، فيقبل على التعليم والتدريب والتأهيل ، ويبني نفسه ومستقبله بما يعود عليه بالخير وعلى مجتمعه بالنفع ، فيدرك الكفاءة والنجاح ، ويشعر بالأمن والاستقرار ، ويحس بالصحة النفسية في جميع مراحل حياته .

وسوف نتناول في هذا الفصل بعض مشكلات الطفولة ، ونبين أعراضها وطرق تشخيصها ، وأساليب الوقاية منها ، وطرق علاج الأطفال أصحاب المشكلات . وفي البداية نتوقف قليلاً عند الصعوبات التي تعترض تحديد المشكلة ، ونبين مفهوم المشكلة ، ثم نحدد مفهومنا لمشكلات الطفولة .

صعوبات تحديد المشكلة

من الصعب تحديد مفهوم المشكلة Problem Concept لأن الفروق بين سلوك ومشاعر الأطفال العاديين وسلوك ومشاعر الأطفال غير العاديين فروق في درجة وجود هذا السلوك أو هذه المشاعر ، وليس في نوعية السلوك أو المشاعر . فمعظم الأطفال العاديين يفعلون ما يفعله الأطفال غير العاديين أحياناً ، فيظهرون الخوف والتخريب ، والنكوص والانسحاب ، والعدوان والتمرد والكذب والعصيان ، والغيرة والغضب وأحلام اليقظة في بعض المواقف ، بينما يظهر الأطفال غير العاديين هذه السلوكيات والمشاعر في مواقف كثيرة وبدرجة عالية .

ولا يتفق الباحثون على الدرجة التي تفصل بين السلوك والمشاعر العادية وغير العادية (Kauffman , 1981) لعدة أسباب من أهمها الآتي :

(أ) اختلاف مفهومي العادى وغير العادى من مجتمع إلى آخر : فما يعتبر سلوكاً عادياً في مجتمع ، قد يعتبر سلوكاً شاذاً في مجتمع آخر ، فالفتاة التي تبحث عن عشيق لها يعتبرَ سلوكها ومشاعرها عادية في المجتمعات الغربية ، ومذمومة في المجتمعات الإسلامية .

(ب) اختلاف مفهوم غير العادى بحسب مراحل النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي : فما يعتبر سلوكاً غير عادى في مرحلة المراهقة والرشد قد يعتبر سلوكاً عادياً في مرحلة الطفولة ، وما يعتبر سلوكاً مشكلاً بالنسبة للشخص الذكي قد يعتبر سلوكاً عادياً بالنسبة لمن هو أقل منه ذكاءً .

(جـ) اختلاف فهم الناس في المجتمع الواحد - للسلوك العادى : فما يعتبره شخص سلوكاً مشكلاً قد يعتبره آخر سلوكاً عادياً . فقد يعتبر أحد المدرسين مناقشة التلميذ لآراء مدرسه ونقده لها وقاحة ونقص في الأدب ، بينما يعتبرها آخر دليلاً على النضوج والذكاء والثقة بالنفس . وقد يعتبر أحد الآباء رسوب ابنه في الدراسة مشكلة خطيرة ، في حين لا يعتبره آخر كذلك .

تعريف مشكلات الطفولة

أدى عدم اتفاق الباحثين حول ما هي المشكلة ؟ إلى اختلافهم في تعريف «مشكلات الطفولة Childhood Problems » [1] فكل باحث عرفها بحسب ظروف مجتمعه الثقافية والاجتماعية والاقتصادية ، وبحسب امكاناته وأدواته وأهدافه . وهذا ما جعل كل تعريف ليس جامعاً لكل المشكلات ، وليس مانعاً من دخول مشكلات أخرى .

وتعرف مشكلات الطفولة من وجهة نظرنا أنها عبارة عن : « **صعوبات جسمية أو نفسية أو اجتماعية تواجه بعض الأطفال بشكل متكرر ، ولا يمكنهم التغلب عليها بأنفسهم ، أو بارشادات وتوجيهات والديهم ومدرسيهم ، فيسوء توافقهم ويعاق نموهم النفسي أو الاجتماعي أو الجسمي ، ويسلكون سلوكاً غير مناسب لسنهم أو غير مقبول اجتماعياً ، وتضعف ثقتهم بأنفسهم ، ويسوء مفهومهم عن أنفسهم وعن الآخرين ، وتقل فاعليتهم الإيجابية في المواقف الاجتماعية ، وتضعف قابليتهم للتعلم والتعليم والاكتساب ، ويحتاجون إلى رعاية خاصة على أيدى متخصصين في مجالات الصعوبات التي يعانونها** » .

ونستشف من هذا التعريف أربعة أدلة على وجود مشكلة عند الطفل (Kessler , 1966) وهذه الأدلة هي :

١ - تكرار ظهور السلوك الشاذ أو المنحرف (عرض المشكلة) وعدم تجاوبه مع محاولات التعديل والتغيير ، التي يقوم بها الطفل ووالداه ومدرسوه . فظهور السلوك الشاذ مرة أو مرات قليلة لا يدل على وجود مشكلة عند الطفل [2] لأنه قد يكون سلوكاً عارضاً ، يختفي تلقائياً أو بجهد من الطفل أو من

---

(١) تعالج مشكلات الطفولة بعناوين مختلفة منها اضطرابات الطفولة . Childhood disorders أو Childhood problems أو مشكلات الطفولة . Childhood difficults or disturbances .

(٢) يسلك كثير من الأطفال سلوكيات ويظهرون مشاعر في بعض الأحيان تشبه سلوكيات ومشاعر الأطفال المشكلين ، مثل الخوف والعدوان والغضب والتخريب والانسحاب وغيرها . ومع هذا لا نعتبرهم من المشكلين لأنها غير متكررة ، وليست سمة غالبة في أساليب توافقهم مع أنفسهم ومع الآخرين .

والديه ومدرسيه . فالطفل الذى يسرق مرة ويتوقف عن السرقة من نفسه أو بتوجيه من والديه ومدرسيه ، لا نعتبره يعاني من مشكلة السرقة ، لأن مَنْ يعاني من هذه المشكلة - بحسب تعريفنا - تتكرر سرقاته ويعجز مدرسوه ووالداه عن تعديل سلوكه .

٢ - تدخل السلوك الشاذ (أو العرض) في إعاقة نمو الطفل الجسمي أو النفسي أو الاجتماعي ، ويؤدى إلى اختلاف سلوكه ومشاعره عن سلوك ومشاعر مَنْ هُم في سنه .

٣ - تدخل السلوك الشاذ في الحد من كفاءة الطفل في التحصيل الدراسي وفي اكتساب الخبرات ، مما يعوقه عن بناء مستقبله بالتعليم والتدريب .

٤ - تدخل السلوك الشاذ في إعاقة الطفل عن الاستمتاع بالحياة مع نفسه ومع الآخرين ، ويؤدى إلى شعوره بالكآبة والتعاسة والمعاناة النفسية والجسمية ، وقد يتسبب في ضعف قدرة الطفل على تكوين علاقات مُرْضية مع والديه وإخوانه وأقرانه ومدرسيه .

تصنيف المشكلات

نصنف مشكلات الطفولة - بحسب تعريفنا السابق - إلى مشكلات جسمية وأخرى نفسية واجتماعية . ويعنينا في هذا المقام تصنيف المشكلات ذات الطابع النفسي ، ونصنفها (١) كالآتي :-

١ - اضطرابات العادات Habits Disturbances : وتشمل اللزمات العصبية ، والتبول اللاإرادى ، ومص الإبهام ، وقضم الأظافر ، وفقدان الشهية والشراهة ، وأكل الأشياء التى لا تؤكل Pica ، والأرق والنوم المتقطع .

٢ - اضطرابات السلوك Character Disturbances : وتشمل العدوان والتخريب والمروق ، والسرقة والكذب والغش والاحتيال ، والهروب والتدخين والإدمان والنشاط الزائد .

(١) تصنف جمعية الطب العقلي الأمريكية American Psychiatric Association . مشكلات الطفولة إلى : اضطرابات التواليت ، التغذية ، النوم ، النطق ، اللزمات العصبية ، التعلم ، الجهاز الهضمى .

٣ - **اضطرابات انفعالية Emotional Disturbances** : وتشمل الغيرة والغضب والانسحابية والفوبيا والعناد وأحلام اليقظة .

٤ - **اضطرابات التعلم Learning Disturbances** : وتشمل صعوبات القراءة والكتابة ، والعجز عن التعلم ، وبطء التعلم [١] ، والتخلف الدراسي ، والتأخر الدراسي ، وصعوبات النطق والكلام .

٥ - **اضطرابات نفسية (العصاب)** : وتشمل القلق العصابي والهستيريا والسلوك القهرى ، وتوهم المرض .

٦ - **اضطرابات عقلية (الذهان)** [٢] : وتشمل فصام الطفولة والتوحد الطفلي .

٧ - **اضطرابات عصبية** : وتشمل الصرع وإصابات المخ .

٨ - **التخلف العقلي** : ويشمل فئات التخلف الخفيف والمتوسط والشديد .

٩ - **السيكوباتية** [٣] :

تشخيص المشكلات

نقصد بتشخيص « مشكلة الطفل » جمع معلومات عن نشأة المشكلة وأعراضها وتطورها ، وعن تاريخ الطفل وظروفه الجسمية والأسرية والمدرسية ، وتفاعل هذه الظروف مع قدرات الطفل واستعداداته النفسية ، ثم تنظيم هذه المعلومات وتحليلها ، واستقراء مدلولاتها للوقوف على نوع المشكلة ومستواها ، وتحديد عوامل نشأتها وتطورها ، والوصول من هذا الاستقراء إلى تحديد الأسلوب المناسب لعلاجها والوقاية منها .

---

(١) نتناول مشكلات بطء التعلم والتدخين والإدمان في الفصل السادس .

(٢) ناقش الفصل الرابع : الاضطرابات النفسية والعقلية .

(٣) ناقش الفصل السادس : التخلف العقلي والسيكوباتية .

فتشخيص المشكلة عملية فنية دقيقة متعددة الجوانب ، يقوم بها فريق من المتخصصين في علوم النفس والطب والاجتماع والتربية ، يُناط بهم تحديد المشكلة وعوامل نشأتها وأساليب علاجها .

ويتم تشخيص مشكلات الطفل في العيادات النفسية ومراكز التوجيه والارشاد النفسي ، حيث يقوم الطبيب بفحص الطفل جسمياً ، وإجراء التحليلات الطبية والأشعات لتحديد العوامل الفسيولوجية والبيولوجية ، التي قد يكون لها علاقة بمشكلة الطفل . ويقوم الاخصائي الاجتماعي ببحث تاريخ الطفل التطورى ، وتاريخه الدراسي ، وظروفه الأسرية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية ، وظروف تنشئته وتربيته . ويقوم الاخصائي النفسي بدراسة قدرات الطفل وسمات شخصيته ، وحاجاته وطموحاته وميوله واتجاهاته وصراعاته واحباطاته ، وأساليب توافقه وعلاقاته بوالديه ومدرسيه وإخوانه وأصحابه .

وقد يكون تشخيص العوامل الجسمية وتحديد علاقتها بالمشكلة ميسوراً إلى حد كبير في الوقت الحاضر ، لأنها عوامل ملموسة نصل إليها مباشرة بأدوات وأجهزة طبية متطورة في الفحص والتحليل والاشعات . أمّا تشخيص العوامل النفسية والاجتماعية وتحديد علاقتها بمشكلة الطفل ؛ فلا يزال يعتمد إلى حد كبير على حس الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وخبراتهم الإكلينيكية ، وعلى دقة الأدوات التي يستخدمونها في جمع معلوماتهم عن الحالة ، وعلى تعاون الآباء والمدرسين معهم ، وتَقَبُّل الطفل نفسه لهم في مواقف المقابلات والاختبارات ، وتبصره بانفعالاته وحاجاته وصراعاته واحباطاته .

ويعتبر منهج دراسة الحالة Case Study من أفضل المناهج المستخدمة في تشخيص مشكلات الطفولة ، لأنه يقوم على أساس تقويم الطفل صاحب المشكلة من جميع النواحي النفسية والجسمية والاجتماعية والمدرسية ، وتحديد مشكلته ، وعوامل نشأتها وتطورها ، مما يساعد على فهم ديناميات الشخصية ، وتفسير سلوكياتها ، ووضع الخطة المناسبة لتنميتها وعلاج مشاكلها .

وتشمل دراسة حالة الطفل الآتي :-

١ - جمع المعلومات عن مشكلة الطفل وأعراضها ونشأتها وتطورها : عن طريق مقابلة الوالدين والمدرسين وغيرهم من الراشدين المهمين في حياة الطفل .

٢ – **فحص الطفل من الناحية الجسمية** : وإجراء التحاليل والأشعات اللازمة .

٣ – **جمع معلومات عن تاريخ حياة الطفل وتفاعلاته وعلاقاته ، وظروفه الأسرية والمدرسية** : عن طريق مقابلة الوالدين والمدرسين ، وزيارة الأسرة والمدرسة ، والرجوع إلى السجلات والتقارير التي فيها معلومات عن الطفل .

٤ – **ملاحظة الطفل فترة زمنية** : تسمح بالوقوف على أعراض مشكلته وتقدير سلوكه التلقائي في مواقف طبيعية من حياته اليومية . (في الملعب أو الفصل أو المطعم أو المرسم أو البيت ... الخ) . وقد يقوم الأخصائي بهذه الملاحظات ، أو يطلب من الآباء والمدرسين ملاحظة الطفل في مواقف معينة ولمدد يحددها لهم .

٥ – **إجراء الاختبارات النفسية** : لتحديد ذكاء الطفل ، وقدراته الخاصة وسمات شخصيته ، وحاجاته وطموحاته وصراعاته ... الخ .

٦ – **مقابلة الطفل** : لجمع معلومات عن المشكلة ، وعن مدى تبصره بها ، ورغبته في العلاج . وكذلك الكشف عن جوانب في شخصيته ، قد لا يصل إليها الأخصائي النفسي بالاختبارات النفسية أو الملاحظة . ففيها – أى المقابلة – يتفاعل الطفل مع الأخصائي وجهاً لوجه ، ويجيب على أسئلته ، وينفعل ويستفسر ، ويثور ويتحمس ، وتثبط همته ، ويتردد ويتلعثم . كل هذه الملاحظات تساعد الأخصائي على فَهْم أكثر للطفل ، وتعطيه معلومات تكمل وتفسر وتؤيد المعلومات التي حصل عليها من الآباء والمدرسين ، أو التي جمعها من ملاحظة الطفل ، ومن تطبيق الاختبارات عليه .

٧ – **مناقشة فريق دراسة الحالة** : لنتائج الدراسات الطبية والنفسية والاجتماعية ، بهدف تحديد المشكلة وعوامل نشأتها وتطورها ، وتقديم التوصيات المناسبة لعلاجها ، ومساعدة الطفل على تنمية شخصيته ، وبناء مستقبله ، وحمايته من الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية .

جحم المشكلات

يستخدم في الدراسات المسحية لمشكلات الطفولة أساليب مختلفة ، منها مقابلة المدرسين أو إرسال استبيانات إليهم ، يطلب منهم فيها ذكر أسماء الأطفال أصحاب المشكلات في فصولهم ، وتحديد نوع المشكلة التي يعاني منها كل طفل . ومنها أيضاً مقابلة الأطفال أنفسهم ، وجمع المعلومات عن مدى توافقهم ، والمشكلات التي تواجههم في البيت والمدرسة ، ومنها كذلك متابعة مجموعة من الأطفال لعدة سنوات وتحديد ما يعانونه من مشكلات ، وسؤال أطباء الأطفال ، والرجوع إلى سجلات المستوصفات ، وسجلات الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في رياض الأطفال والمدارس .

فإذا أضفنا إلى اختلاف أساليب مسح مشكلات الطفولة اختلاف الباحثين في تحديد مفهوم المشكلة – الذى أشرنا إليه من قبل – نتوقع تباين تقديرات حجم مشكلات الطفولة تبايناً كبيراً . وقد أيدت الدراسات الميدانية هذا التوقع حيث تراوحت تقديرات الباحثين لنسبة الأطفال أصحاب المشكلات بين ٥ ٪ و ٢٠ ٪ من التلاميذ الذين شملتهم دراساتهم . (Kauffman , 1981) .

ففي تقرير قدم إلى مؤتمر الصحة النفسية للأطفال Mental Health of Children سنة ١٩٧٠ في الولايات المتحدة الأمريكية إلى ذكر أن من ٨ ٪ إلى ١٠ ٪ من الأطفال يعانون من مشكلات انفعالية تجعلهم في حاجة إلى رعاية خاصة .

وفي دراسة لروبين وبالو سنة ١٩٧٨ تابعا فيها ١٥٨٦ طفلاً لمدة ثلاث سنوات ، وُجد أن ٥٠ ٪ من الأطفال كانت لهم مشاكل في وقت ما من حياتهم المدرسية ، وقال مدرس أو أكثر عن ٣٠ ٪ من التلاميذ أن لهم مشكلات ، في حين اتفق جميع المدرسين على ٧,٤ ٪ من التلاميذ (١١,٣ ٪ من الأولاد و ٣,٥ ٪ من البنات) ، وقالوا أنهم يعانون من مشكلات انفعالية (Ruben & Balow , 1978) .

وبالرغم من اختلاف نتائج الدراسات المسحية حول تحديد حجم مشكلات الطفولة ، فيبدو أن معظم الباحثين متفقون على أن من ٦ ٪ إلى ١٠ ٪

من أطفال المدارس يعانون من مشاكل ، وفي حاجة إلى إرشاد وتوجيه ورعاية خاصة ، لمساعدتهم على التخلص من هذه المشكلات قبل أن تعوقهم عن بناء مستقبلهم ، أو تجرهم إلى مشاكل أصعب منها في مراحل حياتهم التالية .

أسباب المشكلات

من الصعب تحديد سبب واحد لأية مشكلة من مشكلات الطفولة ، فكل مشكلة لها مجموعة من الأسباب التي تفاعلت وتداخلت وأدت إلى ظهورها عند الطفل . ومن المتعذر الفصل بين هذه الأسباب وتحديد أى منها كان علّة للمشكلة ، فلا نستطيع القول أن سبب تبول الطفل لا إرادياً — مثلاً — شعوره بعدم الأمن أو بالنقص أو الغيرة أو القسوة أو الحرمان والظلم ، لأن العلاقة بين التبول اللاإرادى وأى من هذه الأسباب ليست علاقة علة بمعلول Cause and effect relationship . كما أننا لا نستطيع الجزم بأن التبول اللاإرادى نتيجة للشعور بعدم الأمن وليس سبباً له . لذا يتفق معظم الباحثين على أن أية مشكلة ، سلوك معقد له أسباب كثيرة متفاعلة .

ومع إدراكنا لتعدد أسباب مشكلات الطفولة ، وتعذر الفصل بينها ؛ نستطيع تصنيف هذه الأسباب إلى أربعة أنواع رئيسية هي : عوامل جسمية ، وعوامل نفسية ، وعوامل أسرية ، وعوامل مدرسية . ونتناول فيما يلي هذه العوامل بشيء من التفصيل :

أولاً : العوامل الجسمية :

قد يؤدى قصور بعض أعضاء الجسم أو خلل وظائفها إلى تغير في شخصية الطفل واضطراب سلوكه . من عوامل هذا القصور أو الخلل اضطراب عمل الغدد ، وخلل الكروموسومات ، وشذوذ الخصائص الوراثية التي تحملها الجينات ، والتهابات المخ ، وتلفيات الدماغ ، وخلل الجهاز العصبي ، واضطرابات عمليات التمثيل الغذائي في خلايا الجسم ، والتهابات المثانة ، والتشوهات الخِلْقية ، والأمراض والحوادث وغيرها ، من العوامل التي تؤدى إلى ظهور بعض المشكلات السلوكية عند الأطفال .

ثانياً : العوامل النفسية :

توجد عوامل نفسية كثيرة لها علاقة بنشأة مشكلات الأطفال وتطورها من أهمها :

١ – **انخفاض مستوى الذكاء** : الذى يؤدى إلى التخلف العقلي ، والبطء في التعلم ، والتأخر في النضوج الاجتماعي وفي النمو الانفعالي .

٢ – **التكوين النفسي الشاذ** : أو ما يسميه باندورا الجعبة السلوكية المنفرة . وهي مجموعة من الاستعدادية السلوكية ، إذا نمت عند الطفل ، تجعله سيء التوافق كثير المشكلات . من هذه الاستعدادات : الاستعداد للقلق ، والشعور بالنقص ، والشعور بالذنب ، والاتكالية ، والعداوة ، والاندفاعية ، وكلها استعدادات تجعل الطفل قليل الثقة بنفسه ، عاجزاً عن تحمل الاحباط والفشل ، لا يقوى على حل صراعاته ، سريع الغضب ، كثير المخاوف ، يشعر بالغيرة ، والعجز والدونية ، ويلجأ إلى الحيل الدفاعية في مواقف كثيرة ، فيسوء توافقه .

وتعتبر أعراض كثير من مشكلات الطفولة حيلاً نفسية دفاعية . فعندما يشعر الطفل بالفشل في التحصيل الدراسي يلجأ إلى العدوان والمشاغبة أو إلى الانسحاب والانزواء ، وعندما يشعر بالغيرة من أخيه الصغير ، ويقع في صراع بين رغبته في الانتقام من أخيه وخوفه من غضب والديه ، قد يلجأ إلى التبول اللاإرادى ، وهو حيلة نكوصية ، فيها ارتداد إلى أساليب توافقية سابقة ، كانت تحقق له العناية والاهتمام من والديه .

ثالثاً : العوامل الأسرية :

تتفق نتائج الدراسات التى أجريت على الأطفال أصحاب المشكلات أن أسرهم هي المسئولة الأولى عن مشاكلهم وتفاقمها بشكل مباشر ، مما جعل الباحثين يَصِمُون هذه الأسر بالأسر المشكلة Difficult Families ، ويعتبرون الأطفال أصحاب المشكلات ضحايا هذه الأسر ، لأنها إما أن تكون قد خلقت لهم هذه المشاكل ، أو ساهمت في خلقها وتنميتها ، كما أنها – أى الأسر المشكلة – مسئولة إلى حد كبير عن العوامل الجسمية والنفسية التى لها علاقة بمشكلات الطفولة . فالأسرة قد تنمي عند أطفالها التكوين النفسي الشاذ ، وقد تعوق نموهم العقلي ، وقد تعرضهم للأمراض والحوادث وغيرها .

ومن أهم أخطاء هذه الأسر ، فشلها في إشباع حاجات الطفل الأساسية – العضوية وغير العضوية – في الوقت المناسب ، وبالقدر المطلوب ، وبالأسلوب الصحي . إذ يؤدى هذا الفشل إلى شعور الطفل بالإحباط والصراع والقلق ، وهي مشاعر مؤلمة – كما ذكرنا في الفصل الثالث – لا يستطيع الطفل تحملها والتغلب عليها ، فيزداد شعوره بالعجز ، وتنعدم ثقته في نفسه وفي كل من يحيطون به ، ويشعر بالنبذ وعدم التقبل .

وحرمان الطفل من الأمن والطمأنينة ، ومن أن يُحِبَ ويُحَب ، وعدم ثقته في الآخرين من أهم أسباب مشكلات الطفولة .

وتتلخص عوامل فشل الأسر المشكلة في إشباع حاجات أطفالها في الآتي :

١ – **الإفراط في إشباع حاجات الطفل** : الذى يظهر في التدليل والحماية المبالغ فيها ، والتساهل الزائد مع الطفل ، مما يجعله دكتاتورياً متمركزاً حول ذاته ، ويعوِّده على الأخذ دون العطاء ، وينمي فيه الاتكالية والكسل وعدم الثقة بالنفس ، ويُخَفِّض عتبة الاحباط والصراع والقلق ، فيسوء توافقه في المدرسة ومع الأطفال الآخرين ، وتنشأ عنده مشاكل فقدان الشهية واضطرابات النوم والعدوان والخوف وغيرها . (Rousell & Edward , 1966) .

٢ – **حرمان الطفل من إشباع حاجاته العضوية الأساسية** : أو تأخير إشباعها أو إشباعها بطريقة لا تشعره بالعطف والحنان ، يؤدى إلى معاناته من مشاكل جسمية ونفسية كثيرة .

٣ – **إهمال الوالدين في توفير حاجات الطفل العضوية الأساسية** : فلا يشبعونها له في الوقت المناسب أو بالقدر المناسب ، أو يشبعونها له بطريقة لا تشعره بالأمن والطمأنينة مما يؤدى إلى معاناته من مشاكل نفسية وجسمية وسيكوسوماتية كثيرة أيضاً . فسوء التغذية يؤدى إلى الهزال ، وتأخر النمو والخمول . وقلة النمو تؤدى إلى الانفعالية الزائدة وعدم التركيز في الدراسة والعدوان . وإهمال تدريب الطفل على عمليات الإخراج قد يؤدى إلى التبول اللاإرادى وهكذا ...

٤ - **قسوة الوالدين وجفاؤهما وتسلطهما** يشعر الطفل بالنبذ وعدم التقبل وعدم الثقة ، مما يعوقه عن إشباع حاجاته غير العضوية ، خاصة حاجاته للأمن والحب والمكانة والتقدير ، فتنمو عنده العدوانية أو السلبية والكذب والسرقة والتخريب والتبول اللاإرادى وغيرها .

وقد جاءت الدراسات الميدانية لتؤيد علاقة قسوة الوالدين بسوء توافق الأطفال ومشاكلهم النفسية والاجتماعية ، فوجد جاكسون Jackson أن آباء الأطفال المضطربين نفسياً كانوا نابذين لهم ، يعاملونهم معاملة سيئة . وأشار مصطفى تركي في الكويت إلى أن الأبناء سيئى التوافق كان آباؤهم يعاملونهم معاملة سيئة قائمة على بث الخوف وغرس القلق وتنمية الشعور بالذنب (تركي ، ١٩٧٤) . كما أيدت الدراسات على الأحداث الجانحين ارتباط سلوكهم الجانح بقسوة والديهم ، ونبذهم لأبنائهم وإهمالهم في إشباع حاجاتهم النفسية والاجتماعية والجسمية . (حسن ، ١٩٧٠ ، Bennett , 1954) .

٥ - **غياب الأب أو الأم عن الأسرة** : يحرم الطفل من عطفهما وحنانهما ، فلا تشبع حاجاته للأمن والطمأنينة والحب ، ولا يشعره بالاستحسان والتقدير ، فتنمو عنده الاستعدادات السلوكية السيئة . وخير شاهد على ذلك نتائج الدراسات على أطفال الملاجىء . ففي دراسة على أطفال في سن من ١٠ - ١٥ سنة عاشوا طفولتهم المبكرة في ملاجىء للأيتام ، وُجِد أن نسبة كبيرة منهم سيئو التوافق ، وظهر عليهم عدم النضوج الاجتماعي ، والانفعالية الزائدة والعداوة ، والبلادة العاطفية والانحرافات السلوكية (Carrison , 1964) . وأشار بولبي Bowlby إلى أن حرمان الطفل من أمه في السنوات الأولى من عمره يؤثر تأثيراً سيئاً على نمو ذكائه ونضوجه الاجتماعي . (Bowlby , 1966) .

وقدمت الدراسات على الأحداث الجانحين دليلاً آخر على تأثير غياب الأب أو غياب الأم على الانحرافات السلوكية عند أبنائهم ، حيث تبين من دراسات عديدة في أوروبا وأمريكا وبعض البلاد العربية ، وجود علاقة كبيرة بين السلوك الجانح وغياب الوالدين (خاصة غياب الأب) أو إهمالهما لرعاية أولادهما (حسن ١٩٧٠) .

ومن أسباب غياب الأب أو الأم ؛ الوفاة والطلاق والهجر ، والانشغال بالعمل أو بالأصدقاء وغيرها فكلها عوامل تبعد الطفل عن والديه وتحرمه من حبهما وحنانهما .

٦ - **كثرة الخلافات والشجار بين الوالدين** : يؤثر على رعايتهما لأبنائهما وعلى استقرارهما في الأسرة ، وبالتالي يؤثر على شعور الأطفال بالأمن والطمأنينة ، فيسوء توافقهم النفسي في البيت والمدرسة (مرسي ، ١٩٨٢) . ففي دراسة على ٣٥٠ فتاة احترفن الدعارة في كوبنهاجن في الدنمارك ، وجد أن ثلثهن عشن طفولتهن في ظروف أسرية مضطربة ، لم يشعرن فيها بالأمن والطمأنينة .

ولعل حالة الطفلة حنان تعطي دليلاً على علاقة الخلافات الأسرية في نشأة المشكلات عند الأطفال . فقد حولت حنان بسبب رفضها الذهاب إلى المدرسة ، وكلما أجبرت على الذهاب أصابها الرعب ، وشحب لونها ، وعانت من الإسهال وآلام في المعدة . وبعد دراسة حالتها وجد الأخصائي النفسي أن مشكلتها بدأت عندما أحست بوجود خلافات بين والديها ، وسمعت أمها تهدد بترك المنزل ، وخشيت أن تنفذ الأم تهديدها وهي في المدرسة ، فلا تأخذها معها .

والخلافات بين الوالدين تساهم في نشأة المشاكل عند أطفالهما لأنها تدل على أن الأب والأم غير سعيدين وغير آمنين ، فلا يستطيعان تحقيق السعادة والأمن لأطفالهما ، لأن فاقد الشيء لا يعطيه .

٧ - **إثارة المنافسة بين الأبناء** : وتفضيل أحدهم على الآخرين (إما بسبب الجنس أو السن أو الحالة الصحية أو السلوك) ، وعقد المقارنات بينهم يولد الغيرة . فقد وجد عندما يشيع في جو الأسرة الخوف والغيرة تكثر مشكلات الأطفال ويسوء توافقهم (Kauffman , 1981) .

٨ - **طموحات الآباء الزائدة من أطفالهم** : يجعلهم يطالبونهم بأعمال قد تفوق قدراتهم ، ولا يراعون الفروق الفردية بينهم ، ويضعون أهدافاً يعجز الأبناء عن تحقيقها ، فيشعرون بالفشل والاحباط والصراع والقلق ، ويلجأون إلى الحيل النفسية ، التي تستنفذ جزءاً من طاقاتهم ، فيسوء أداؤهم في المدرسة ، ويشعرون بالاحباط من جديد .

وشعور الطفل بالاحباط المستمر أو بالصراع لمدد طويلة ، يجعله غير سعيد غاضباً عدوانياً مشاكساً كثير النقد . فإذا حث الأب ابنه على تحقيق المرتبة الأولى على فصله ، ولم يستطع الابن تحقيق ذلك لأن قدراته العقلية متوسطة ، أو لأن في الفصل من هو أذكى منه ، شعر بالاحباط - حتى ولو كان ناجحاً في جميع المواد - لأنه لم يحقق أمل أبيه فيه ، وبالتالي يشعر بالدونية ، ويحط من قدر نفسه ، ويشعر بعدم التقبل في الأسرة . وجميعها مشاعر سيئة قد تؤدى إلى سوء توافق الطفل في البيت والمدرسة . وتنمى عنده الاستعدادات للتوافق السيء في مراحل حياته التالية .

٩ - **انحرافات الآباء وعاداتهم السلوكية السيئة** : لها تأثير سيىء على نمو أبنائهم ، وقد تؤدى إلى خلل فسيولوجي أو بيولوجي في نمو الطفل وهو جنين في بطن أمه : فإدمان الأب والأم أثناء الحمل على المخدرات والكحوليات من العوامل التى تعوق نمو الجنين النفسي والجسمي ، وقد يولد ناقص النمو مشوهاً أو متخلفاً عقلياً أو يعاني من الصرع (مرسى ، ١٩٨٠) .

وقد يؤدى التعود على التدخين عند الوالدين أو أحدهما إلى تعلم أطفالهما لهذه العادات السيئة بالتقليد والتدعيم والتأييد من آبائهم ، الذين لا يتورعون عن ممارسة انحرافاتهم أمام أبنائهم ، ويُقَدِّمون لهم القدوة السيئة ، ولا يستطيعون منع صغارهم من تقليدهم وهم - أى الآباء - يأتونها .

والأدلة على علاقة انحرافات الآباء بانحرافات أبنائهم كثيرة ، نستمد بعضها من الدراسات على الجانحين والسيكوباتيين ، فقد وجد **أونيل وزملاؤه O'Neal et al.** أن نسبة كبيرة من آباء السيكوباثيين مدمنون على الكحوليات ، ووجد **تاهكا** من ٣٠ ٪ إلى ٣٥ ٪ من مدمني الكحوليات مدمنون عليها كآبائهم ، (Roussel et al., 1971) ، ووجد **مرسي** أن نسبة الانحرافات السلوكية في أسر الأحداث الجانحين أعلى منها في أسر غير الجانحين في كثير من الدراسات التى أجريت في مصر والكويت والعراق ولبنان والمغرب (مرسي ، ١٩٧٨) .

رابعاً : العوامل المدرسية :

لا يقل تأثير الخبرات المؤلمة في المدرسة عن تأثير الخبرات المؤلمة في البيت ، على تنمية الاستعدادات السلوكية للتوافق السيء عند الأطفال ، وفي نشأة مشكلات الطفولة وتطورها (مرسي ١٩٧٨ ، ١٩٨٢) . فتأثير المدرسين والمدرسات على نمو الشخصية عند أطفال الروضة والابتدائى كبير ، خاصة بعد أن أصبحت المدرسة تعني بالطفل - جسمياً ونفسياً واجتماعياً وروحياً - وأصبحت مصدراً لإشباع كثير من حاجاته العضوية وغير العضوية . فإذا لم توفر له الظروف التى يشبع فيها هذه الحاجات ، شعر بالإحباط والصراع والقلق ، ولجأ إلى الحيل النفسية الدفاعية التى منها المشاغبة والتخريب والهروب والعدوان والتدخين وغيرها .

واضطراب علاقة الطفل بالمدرس لا تقل أهمية عن اضطراب علاقته بأبيه في نشأة مشكلات الطفولة ونموها . ومن أسباب اضطراب علاقة الطفل بمدرسه أو مدرسته: قسوة المدرس (أو المدرسة) وجفاؤه ، وتحقيره للطفل وإهانته أو إهماله ، ومقارناته غير العادلة بين التلاميذ ، وتفضيل تلميذ على آخر ، مما يجعل التلميذ يشعر بعدم الثقة في نفسه وفي البيئة المدرسية ، ويشعر بعدم التقبل ، فيفشل في إشباع حاجاته للأمن والحب والتقدير والاستحسان والتفوق ، ويشعر بالإحباط .

كما يؤثر المدرس على الطفل في المواقف الاختبارية التى تعتبر من أهم المواقف التى يواجهها الطفل في المدرسة ، لأن فيها يحكم - أى المدرس - على أدائه « حسناً أم سيئاً » ، « مقبولاً أو غير مقبول » ، وفشله في الحصول على استحسان مدرسه ورضاه عن أدائه ، يشعره بعدم الكفاءة والعجز والدونية ، ويُضعف مكانته الاجتماعية في الفصل ، خاصة إذا أصدر المدرس حكمه بالسوء وعدم الفلاح في الدراسة على مسمع من زملائه في الفصل .

ويرى ساراسون وماندلر أن هذا الحكم القاسي من المدرس يؤلم الطفل ويثير فيه مشاعر العداوة نحو المدرس ، لكنه يكبت هذه المشاعر ، ويظهر بدلاً منها القلق والاتكالية والشعور بالذنب . وهي أيضاً مشاعر مؤلمة ، تؤدى إلى سوء توافقه في الفصل ، وتُضعف تحصيله الدراسي ، وتزيد كراهيته للدراسة .

ولا يرجع ضعف الطفل في التحصيل في هذه الحالة إلى نقص في ذكائه بقدر ما يرجع إلى سوء علاقته بمدرسه ، وضعف ثقته في نفسه ، وشعوره بالخوف من تكرار فشله ، وانشغاله بهذا الخوف عن الإجابة على أسئلة الاختبارات (Sarason et al, 1960) .

كما تدل الدراسات على أن التلاميذ أصحاب المشكلات في المدرسة بطيئو التعلم ، يعانون من مشاكل سلوكية أخرى ، مثل العدوانية والانسحابية والكذب والسرقة ، والتدخين ومص الإبهام ، واضطراب النوم ، وصعوبات النطق . وترجع هذه المشكلات إلى أنهم غير سعداء بحياتهم المدرسية ، بسبب ما يتعرضون له من إحباط في المواقف المدرسية ، مما قد يجعلهم يهربون من المدرسة ، ويظهرون الجناح والانحرافات السلوكية . فالخبرات المؤلمة في المدرسة إما أن تساهم في نشأة مشكلات عند التلاميذ ، أو تساهم في تنمية المشكلات التى نشأت من الخبرات الأسرية المؤلمة .

تعدد عوامل المشكلات :

نعود إلى ما ذكرناه سابقاً من أن مشكلات الطفولة متعددة الأسباب وليس لأى منها سبب واحد ، ولا يعني تقسيمنا لها إلى أربعة أنواع أن كل مجموعة من الأسباب تعمل في معزل عن المجموعات الأخرى ، لأن العوامل تعمل كلها وتتفاعل معاً .

ومع هذا فمن خلال دراستنا لكثير من الأطفال المشكلين لمسنا أن نسبة كبيرة من مشاكلهم ترجع إلى عوامل نفسية ، نمتّها أخطاء الوالدين والمدرسين في تربية هؤلاء الأطفال ، وفشلهم – أى الآباء والمدرسين – في مساعدة أبنائهم وتلاميذهم على إشباع حاجاتهم الأساسية ، مما عرضهم للإحباط والصراع والقلق ، وهي مشاعر مؤلمة تساهم في نشأة مشاكل الأطفال .

علاج مشكلات الطفولة

يعتبر تشخيص مشكلة الطفل الخطوة الأولى في علاجها ، فإذا تم تحديدها وتحديد مستواها ، ومعرفة عوامل نشأتها وتطورها أمكن علاجها .

ويقصد بالعلاج جهود منظمة يقوم بها أو يشرف عليها متخصصون في مجالات العلاج – الطبية والنفسية والاجتماعية – وتهدف إلى تخليص الطفل من أسباب مشكلاته ، وإزالة أعراضها ، وتحسين ظروفه الأسرية والمدرسية ، مما ييسر له الحياة الآمنة ، ويمكنه من إطلاق طاقاته الجسمية والنفسية في تنمية شخصيته وبناء مستقبله ، ويجعله يستمتع بحياته ويشعر بالسعادة والكفاءة .

ويستخدم في علاج مشكلات الطفولة نوعان رئيسيان من العلاج هما العلاج الطبي والعلاج النفسي . ونتناول كيفية استخدامهما مع الأطفال أصحاب المشكلات .

العلاج الطبي :

يهدف العلاج الطبي إلى علاج الأسباب الجسمية : الفسيولوجية والبيولوجية ، التى قد يكون لها علاقة بمشكلات الطفل . ومن الملاحظ أن المشكلات التى لها أسباب عضوية تشفى بسرعة بعد علاجها طبياً بمعرفة أخصائي الأطفال .

لكن الحاجة إلى العلاج الطبي ليست كبيرة في علاج مشكلات الأطفال ، لأن معظم أسبابها ترجع إلى عوامل نفسية واجتماعية أكثر منها عوامل جسمية . ومع هذا فإن الأخصائي لا يستهين بالعوامل الجسمية ، ولا يبدأ في علاج مشكلة الطفل على أساس أنها مشكلة نفسية أو اجتماعية إلا بعد فحص الطفل طبياً والتأكد من سلامته جسمياً .

العلاج النفسي :

يقصد به جهود منظمة يقوم بها أو يشرف عليها أخصائي نفسي ، وتهدف إلى مساعدة الطفل على التخلص من العوامل النفسية التى لها علاقة بمشكلاته ، والتخلص من توتراته وصراعاته واحباطاته وقلقه ، وتعديل أساليب توافقاته المباشرة وغير المباشرة .

كما يعمل على تحسين مفهوم الطفل عن ذاته وعن الآخرين ، حتى يثق في نفسه وفي البيئة من حوله ، وتدعيم هذه الثقة عن طريق تحسين ظروفه الأسرية والاجتماعية ، وتشجيعه على إطلاق طاقاته الجسمية والنفسية في تنمية شخصيته ،

وبناء مستقبله بالتعلم والتعليم والتدريب وإكساب الخبرات ، التى تشعره بالكفاءة والتقدير والسعادة ، وتجعله يستمتع بالحياة .

ويعتمد نجاح العلاج النفسي مع الأطفال أصحاب المشكلات على الآتي :-

(أ) **اكتشاف المشكلة في بدايتها** يساعد على علاجها بسهولة وفي مدة قصيرة ، أما التأخر في اكتشافها يجعلها مشكلة مزمنة معقدة ، تحتاج إلى وقت طويل في العلاج ، وتترك بصمات سيئة على شخصيته ومستقبله .

(ب) **تعاون الوالدين والمدرسين** مع الأخصائي النفسي المعالج ، وثقتهم فيه ، وصراحتهم معه ، وتجاوبهم مع توجيهاته وارشاداته ، والتزامهم بمسئولياتهم في العلاج . فالوالدان والمدرسون - أو من يقوم مقامهم من الراشدين من أهم عوامل نجاح علاج المشكلة . إذ بدون تعاونهم وثقتهم وتجاوبهم ، يطول العلاج وقد لا ينجح .

(جـ) **رغبة الطفل في العلاج** وثقته في الأخصائي النفسي ، وتعاونه معه ، وتجاوبه مع توجيهاته وارشاداته ، يساعد على علاج مشكلته في مدة قصيرة ، أما مقاومة الطفل للأخصائي وعدم ثقته فيه يؤخر العلاج .

(د) **نوع المشكلة التى يعاني منها الطفل ومدى شدتها** فالمشكلات الخفيفة تعالج بسرعة من خلال عمليات الإرشاد والتوجيه للطفل وأسرته ومدرسيه ، أما المشكلات المزمنة المعقدة فتحتاج إلى علاج نفسي متعمق ، ويستغرق علاجها وقتاً طويلاً .

(هـ) **كفاءة الأخصائي النفسي** في تشخيص المشكلة ، وتحديد عوامل نشأتها وتطورها ، وحسّه الإكلينيكي في التعامل مع الأطفال وأولياء أمورهم ، وخبراته وتأهيله العلمي والمهني . فالأخصائي المؤهل علمياً ، المدرب مهنياً الملتزم خلقياً ، ينجح في علاج كثير من الحالات .

ومن الملاحظ أن معظم مشكلات الأطفال التى لم تصل في حدتها إلى مستوى الاضطراب النفسي أو الاضطراب العقلي ؛ لا تحتاج إلى العلاج النفسي المتعمق [1] وتتجاوب مع العلاج النفسي على مستوى الإرشاد والتوجيه النفسي للطفل ووالديه ومدرسيه وغيرهم من الراشدين المؤثرين في حياته .

(١) نقصد بالعلاج النفسي المتعمق التحليل النفسي وغيره من أساليب العلاج التى تستخدم في علاج الذهان والعصاب وقد أشرنا إليها في الفصل الرابع .

ومن أهم أساليب العلاج النفسي التى تستخدم في علاج الأطفال أصحاب المشكلات : الإرشاد والتوجيه النفسي ، والعلاج باللعب ، والعلاج بالعمل ، والعلاج السلوكي ، والعلاج الأسري ، والعلاج البيئي ، والعلاج الديني ، وقد سبق لنا التعريف بهذه الأساليب العلاجية في الفصل الرابع ، وسوف نبين كيف تستخدم في علاج بعض مشكلات الطفولة فيما بعد .

مسئوليات المدرس نحو الطفل صاحب المشكلة :

يتفاعل المدرس مع تلاميذ فصله وجهاً لوجه يومياً ، ويقوّم سلوكهم ومشاعرهم في مواقف كثيرة ، ويستطيع اكتشاف التلميذ الذى يختلف عن التلاميذ العاديين في سلوكه ومشاعره ، كما أن له تأثيراً على هذا التلميذ ، لأنه يوجهه ويتابعه ، ويحرص التلميذ على كسب رضاه ، والدخول في دائرة إهتمامه ورعايته . ويترتب على ذلك واجبات على المدرس من أهمها :-

١ - الكشف المبكر عن التلميذ سيء التوافق بالبحث عن التلميذ الكسول أو الخجول ، أو القَلِق أو المنطوى أو العدواني أو المشاغب ، أو كثير السرحان أو الذى ليس له أصحاب .

٢ - الاهتمام بهذا التلميذ وتكوين علاقة خاصة معه ، تُشْعره بالتقبل والحب ، وتُقربه منه نفسياً .

٣ - تشجيعه على النجاح في التحصيل الدراسي ، لأن ضعف التلميذ في الدراسة إما أن ينشىء عنده مشكلات ، أو يساعد على تضخيم المشكلات التي عنده . فقد تبين أن الدراسة والامتحانات مصدر إحباط وصراع وقلق عند معظم الأطفال في سن من ٧ - ١١ سنة (Rubin & Balow, 1978) .

٤ - تشجيعه على تنمية مواهبه في النشاطات المدرسية حتى يشعر بالكفاءة والتقدير .

٥ - مساعدته على تذليل الصعوبات التى تواجهه في البيت والمدرسة بالتعاون مع الأخصائي الاجتماعي والأسرة .

٦ - إذا لم يتجاوب التلميذ مع هذه الجهود ، فمن الأفضل تحويله إلى الأخصائي النفسي والتعاون معه في دراسة الحالة والتشخيص والعلاج والمتابعة .

بعض مشكلات الأطفال

سوف نتناول فيما يلي بعض المشكلات التى نعتقد أنها مهمة بالنسبة للآباء والمدرسين فنبين أعراض كل مشكلة وأسبابها ، وأساليب الوقاية والعلاج التى يمكن إتباعها في البيت والمدرسة . وسوف نتناول مشكلات المخاوف المرضية ، وفوبيا المدرسة ، والغيرة ، والتبول اللاإرادى .

المخاوف المرضية

الخوف المرضي أو الفوبيا حالة نفسية إنفعالية ، تتضمن خوفاً مفرطاً من أشياء أو مواقف أو أشخاص ليس له ما يبرره في الواقع ، وهذا ما يجعله خوفاً غير معقول .

ومن الملاحظ أن الشخص الخوّاف Phobic Person مهموم قلق ، يصرف طاقاته النفسية والجسمية في تجنب الأشياء والمواقف التى تخيفه بشتى الوسائل ، وإذا اضطر لمواجهة هذه المواقف انتابه الهلع والفزع ، وشعر بالعجز ، وظهرت عليه أعراض مرضية نفسجسمية Psychosomatic Symptoms ، منها القيء والإسهال والعرق ، واضطراب التنفس ، وسرعة ضربات القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، والتبول اللاإرادى ، وتقلصات الأحشاء الداخلية ، والشلل الهستيرى ، وفقدان القدرة على السمع أو الإبصار أو النطق ، وغيرها من الأساليب التوافية غير السوية .

ولكي نفهم مشكلة « الخوف المرضي » نتوقف قليلاً أمام انفعال الخوف ، لنبين نشأته وعوامل نموه عند الصغار ، لأن الفرق بين الشخص الخوّاف والشخص العادى فرق في درجة الخوف ، إذ يظهر الأول الخوف الزائد في مواقف كثيرة ، ومن أشياء قد لا تسبب الخوف لمعظم الأشخاص ، أو يبالغ في الخوف من الأشياء التى يخاف منها غيره .

انفعال الخوف :

الشعور بالخوف انفعال له أساس فطرى ، زود الله به الإنسان لكي يفرّ من الأخطار ، ويحمي نفسه من كل ما يهددها . فنحن جميعاً نخاف في المواقف التي ندرك فيها تهديد لحياتنا ، أو نتوقع أن يكون فيها ما يهدد أمننا واستقرارنا .

فالخوف كما قال الإمام الغزالي صفة حميدة ، يجعل الإنسان يفر من كل ما يؤذيه ، ليحمي نفسه ويحافظ على حياته .

وللخوف العادى أشكال كثيرة تفيد في تربية الإنسان وفي تنظيم حياته . من هذه المخاوف المفيدة :

١ - **الخوف من المرض** : يجعلنا نحتاط من انتقال العدوى إلينا ، ونبتعد عن القاذورات ، ونتحصن ضد الأمراض ، ونأخذ بأساليب الوقاية والسلامة .

٢ - **الخوف من الرسوب في الاختبارات** : يجعلنا نجدّ في الدراسة والتحصيل والبحث .

٣ - **الخوف من الفشل في المسابقات والمنافسات** : يجعلنا نجتهد في اكتساب الخبرات التى تمكننا من الفوز والنجاح في هذه المسابقات .

٤ - **الخوف من سخط الوالدين ، والرؤساء في العمل والمدرسين والأصدقاء** : يجعلنا نعمل ما يرضيهم ، ويحمينا من غضبهم .

٥ - **الخوف من غضب الله** : [1] يجعلنا نعمل صالحاً يرضاه ، ويقربنا إليه .

٦ - **الخوف من الحيوانات والأشياء والمواقف المؤذية** : يجعلنا نتجنبها ونفر منها ، ونبتعد عنها .

---

(١) ميز الإمام الغزالي - رحمه الله - بين نوعين من الخوف العادى :

١ - **خوف من الله** : وهو خوف مقرون بالطمع والرجاء في رحمة الله ، وهو صفة حميدة ، يجب أن يتحلى بها كل مسلم ، لأنها تدفعه إلى العمل الصالح في الدنيا ، فينعم بالسعادة في الدنيا والآخرة .

٢ - **وخوف من الأشياء المؤذية** : وهو خوف مقرون بالفرار من هذه الأشياء ، وهو صفة حميدة أيضا .

ويتفق هذا التمييز بين نوعي الخوف مع تمييز أبي القاسم الحكيم الذى ميز بينهما على أساس الاقدام والاحجام : فالانسان في الخوف من الله يقبل عليه ، ويتقرب منه بالعمل الصالح ، لأنه يشعر وهو قريب من الله بالأمن والطمأنينة . أما في الخوف من الأشياء المؤذية فإن الإنسان يهرب منها ويبتعد عنها . وكلما بعد عنها شعر بالأمن . لمزيد من المعلومات يرجع إلى : الغزالى . **إحياء علوم الدين** . ج ٤ ص ١٥٢ .

٧ – **الخوف من العقاب** : يجعلنا نبتعد عن السلوكيات التي تجعلنا تحت طائلة العقاب ، ونقبل على الأعمال التي تبعدنا عنه .

ويسعى الإنسان عادة إلى تخفيف مشاعر الخوف بالابتعاد عما يثيرها في نفسه . ومع هذا نجد بعض الأشخاص يستمتعون بإثارة هذه المشاعر في نفوسهم ، فيقبلون على قراءة القصص المخيفة ، وسماع حكايات الرعب ، ومشاهدة أفلام العنف بالرغم من كونها تثير شعور الهلع والفزع .

كيف تنشأ المخاوف ؟

يرى كثير من علماء النفس أن الإنسان يولد مزوداً ببعض المخاوف القليلة ، من أهمها الخوف من السقوط والأصوات العالية ، أما مخاوفه الأخرى – وهى كثيرة – فيتعلمها من البيئة التى يعيش فيها ، وينشأ في أحضانها ، فالشخص الذى يتربى ويترعرع في بيئة تنمي فيه الخوف من أشياء كثيرة ، ينشأ جباناً كثير المخاوف ، أما الشخص الذى يترعرع في بيئة لا تنمي فيه هذا الخوف ، ينشأ شجاعاً قليل المخاوف .

وعادة يخاف الطفل في السنة الأولى من عمره من السقوط والأصوات العالية المفاجئة ، وفي السنة الثانية يخاف من الوحدة ، ومن الأشخاص غير المألوفين ومن الأشياء التى تسبب له الألم مثل : النار والسقوط والضوضاء . ويخاف في سن من ٢ – ٥ سنوات من الوحدة والظلام والنار وبعض الحيوانات والأشخاص ، ومن الأشياء الخيالية الخرافية مثل : الأشباح والعفاريت والبعبع والغول وأبو لحية وأبو رجل مسلوخة وغيرها .

وفي سن السادسة يبدأ خوفه من الفشل ، ومن فقدان المركز الاجتماعي ، ومن المفاجآت غير السارة . فمن دراسة جيرزيلد **Jersild** وزملائه على ٣٩٨ طفلاً في سن ما بين ٥ – ١٢ سنة ؛ تبين أن ١٩ ٪ منهم يخافون من الأشباح والجن والسحر ، و ١٥ ٪ يخافون من الأماكن المظلمة ، و ١٤ ٪ يخافون من عض الحيوانات ، ١٣ ٪ يخافون السقوط والمرض والحوادث والعمليات الجراحية (Books , 1973) .

وتصنف عادة الأشياء التي تثير الخوف عند الأطفال إلى الآتي :

١ - **أشياء مؤذية** : مثل الثعابين والحيوانات المفترسة والنار والسقوط تحت السيارات والعقاب والعمليات الجراحية وغيرها .

٢ - **أشياء يتوقعون الأذى منها** : مثل ركوب الطائرة أو الباخرة أو الأماكن المرتفعة أو المزدحمة أو المغلقة أو الظلام أو الشرطي أو الطبيب أو الصراصير والخنافس وغيرها .

٣ - **أشياء غير ملموسة** : لا يعرفون حقيقتها ، ويتوهمون فيها الأذى مثل الأشباح والعفاريت والجن والسحر . ويتعلم الأطفال الخوف من هذه الأشياء بعدة طرق منها : التعلم الشرطي أو الملاحظة والتقليد ، أو بتخويف الكبار من هذه الأشياء ، أو قص القصص المخيفة عنها .

فالطفل لا يولد وعنده الخوف من الكلاب مثلاً ، فإذا صادف كلباً لطيفاً ولعب معه ولم يؤذيه ، أحبه وأحب الكلاب الأخرى ، أما إذا صادف كلباً شرساً عضه أو أزعجه ، خاف من الكلب ، وعمم خوفه على الكلاب وغيرها من الحيوانات . وقد يخاف الطفل من الكلاب إذا خوّفه والداه منها ، أو قصا عليه قصصاً عن الكلب المفترس . [1] .

وقد تنتقل مخاوف الآباء إلى الأبناء عن طريق التقليد ، فقد يشاهد الطفل أمه تخاف من الصرصار ، فيتعلم الخوف منه بالتقليد ، ويصيبه ما يصيبها من هلع وفزع عند رؤية الحشرة الصغيرة .

وتعلم الطفل الخوف ليس مشكلة إذا كانت الأشياء والمواقف التي يخاف منها مؤذية ، أو يحتمل أن تسبب له الأذى ، وكان شعوره بالخوف منها مناسباً لسنه . فابن السابعة مثلاً قد يخاف من القطط والكلاب والظلام والفئران ، ونعتبر

---

(١) مما يؤسف له أن بعض الآباء والأمهات والمدرسين والمدرسات والمربيات في البيوت ، يستغلون خوف الطفل من شيء معين في إثارة الفزع والرعب في نفسه ، إما للتسلية (فكلما صرخ الصغير خوفا ورعبا ، ضحك الكبير فرحا وطربا) أو لدفع الطفل لعمل ما ، أو لاجباره على الطاعة والالتزام بالنظام . فقد تقول الأم لطفلها إذا لم تنم سوف يأتي الكلب المفترس ويأكلك ، إو إذا لم تأكل سوف أنادى الطبيب ليعطيك الحقنة أو إذا لم تكف عن الشيطنة سوف يأخذك الشرطي ويذبحك .. وهكذا يُصدق الصغير هذه التهديدات ، ويستجيب لأمه أو مربيته أو مدرسته ، وهو يتألم من الخوف الذى يكاد يفرط كبده .

خوفه عادياً إذا أظهر عدم حبه لهذه الحيوانات ، وعدم ارتياحه لوجودها قريباً منه . أما إذا بالغ في الخوف ، وأظهر الفزع والرعب لمجرد سماعه عنها ، أو رؤية صورتها ، أو إذا صرخ وانهار عند رؤيتها ، أو إذا انشغل باحتمال أن تقابله في الطريق وتؤذيه ، في هذه الحالات يصبح خوفه مرضياً مبالغاً فيه ليس له ما يبرره .

والمخاوف المرضية عند الصغار والكبار كثيرة[1] منها : الخوف من الظلام ، أو الأماكن المغلقة أو المرتفعة ، ومن الحيوانات أو الحشرات ، ومن المدرسة أو غيرها .

وإذا لم تعالج هذه المخاوف في الصغر تستمر مع الشخص مدى الحياة[2] ويصعب عليه التخلص منها في المراهقة والرشد – بالرغم من إدراكه عدم معقولية خوفه منها – ويصرف الكثير من تفكيره وطاقاته النفسية والجسمية في الابتعاد والهرب منها ، وتجنب الاقتراب من الأماكن التي توجد فيها . وإذا أجبره أحد على مواجهة الشيء الذى يخاف منه ، زادت مقاومته ضراوة وعنفاً ، وقد تنهار دفاعاته النفسية ، وتظهر الأعراض المرضية النفسجسمية (السيكوسوماتية) التي أشرنا إليها من قبل .

فالشخص الذى يعاني من فوبيا الحيوانات مثلاً يتجنب الحيوان الذى يخافه ويهرب منه ، وينشغل بالبحث عن أى شيء يدل على وجوده ليتجنبه ، ويبتعد عنه وهو حذر منه . وقد يرفض السفر أو الزيارات بسبب خوفه من هذا الحيوان .

وتشبه المخاوف المرضية عصاب القلق في الشعور بالخوف الزائد الذى ليس له مبرر ، وقد يصاحبها بعض الأعراض المرضية النفسجسمية ، لكن الفرق بينهما في ارتباط المخاوف المرضية بشيء معين أو موقف محدد ، ولا تظهر فيما عداها ،

---

(١) تنتشر المخاوف المرضية بين الإناث أكثر منها بين الذكور .

(٢) لا يقتصر وجود المخاوف المرضية على الأطفال فقط ، إذ نجد في حياتنا اليومية بعض المراهقين والراشدين يعانون من مخاوف مرضية من الفئران أو الصراصير أو الخنافس وغيرها ، ويصيبهم الرعب والهلع إذا شاهدوها ويتجنبون رؤية صورها أو سماع أسمائها . وقد يغمى عليهم إذا أجبرناهم على الاقتراب منها .
وإذا سألت أى شخص من هؤلاء عن سبب خوفه من الفأر مثلا وهو يعلم أنه حيوان جبان ، لن يقف أمامه ليؤذيه ، أجاب بأنه لا يدرى ، المهم أنه يخاف من الفأر أكثر مما يخاف من أى حيوان مفترس . وإذا درسنا تاريخ حياة هذا الشخص وجدنا أن الفأر أو حيوانا آخرا يشبه الفأر ، أو موقفا أو مكانا له صلة بالفأر سبب له ألما في الطفولة ، ثم نسي ظروف تعلمه لهذا الخوف .

أما عصاب القلق فهو طليق منتشر ينصب على أى شيء ، ولا يستطيع الشخص تحديد مصدره (شيلدون ، ١٩٨١) .

ويميز فرويد بين نوعين من المخاوف المرضية : **مخاوف مرضية شائعة** : وهي خوف مبالغ فيه من أشياء ومواقف مؤذية ، فيها تهديد للشخص ، مثل الخوف من الأفاعي والحيوانات المفترسة وغيرها . **ومخاوف مرضية محددة** : وهي خوف مبالغ فيه من أشياء ومواقف لا تؤذى ، وليس فيها تهديد ، مثل الخوف من الحيوانات الأليفة ، والأماكن المغلقة ، والخوف من المدرسة وغيرها . (شيلدون ، ١٩٨١) .

وطبقاً لنظرية فرويد في التحليل النفسي تنشأ الفوبيا أو المخاوف المرضية من رغبات غير مرغوب فيها ، كبتها الطفل لينساها ، وعندما تفشل الأنا في كبت هذه الرغبات ، وتلح في الظهور ، تدرك الأنا التهديد ، وتشعر بالخوف الزائد من ظهورها ، ثم تسقط هذا الخوف على أى شيء مثل الماء أو القط أو الثعبان أو الحصان وغيرها . وتصبح هذه الأشياء مصدر خوف شديد بالنسبة له ، يسعى إلى تجنبها والهرب منها . وبذا تكون الفوبيا – من وجهة نظر فرويد – وسيلة هروبية لحماية الشخص من الإفصاح عن رغباته المكبوتة ، أو الاعتراف بحقيقة مشاعره .

والمثال الكلاسيكي الذى ساقه فرويد سنة ١٩٠٩ للفوبيا المرضية حالة الطفل هانز ابن الخمس سنوات ، الذى كان يصاب بالرعب من الحصان ، ومن تحليل حالته توصل فرويد إلى أنه يعاني من رغبة ملحة لإيذاء أبيه ، وخاف من أن يعرف أبوه بهذه الرغبة ويعاقبه عليها ، فحاول كبتها ، لكنه فشل وأبدل خوفه من أبيه بالخوف من الحصان .

وتحْمل المخاوف المرضية – بحسب هذا التفسير – شيئاً من التناقض الوجداني ، فهانز كان في صراع بين حبه لأبيه وخوفه منه ، وحل هذا الصراع بصورة رمزية بإظهار الخوف من الحصان . (**Books , 1973**) .

أما المدرسة السلوكية فترى أن المخاوف المرضية مثل المخاوف العادية يتعلمها الطفل عن طريق ربطه بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الأشخاص أو الموضوعات ، ثم ينسى كيف تم هذا الربط .

ورفض السلوكيون تفسير فرويد لحالة هانز ، وذهبوا إلى أن الطفل تعلم الخوف من الحصان من خلال ارتباط الحصان عنده بخبرات مؤلمة ، وليس للخوف من الحصان علاقة بحب الطفل أو كراهيته لأبيه .

وساق واطسون زعيم السلوكيين مثالاً على تعلم الخوف من الحيوانات من تجربته على الطفل ألبرت ابن التسعة أشهر ، الذى لم يكن يخاف من الفئران البيضاء ثم علمه واطسون الخوف منها ، بأن قدّم له الفأر الأبيض ، وقرع من خلفه قضيبين من الحديد ، فخاف الطفل من دويها العالي . وبتكرار العملية ربط الصغير بين الفأر والصوت المزعج ، وتعلم الخوف من الفأر ، ثم عمم خوفه وأصبح يخاف من كل الحيوانات ذات الفراء الأبيض .

ويلخص ولب ورتشمان Wolpe & Rachman خطوات تعلم الفوبيا في ثلاث خطوات :

١ - وجود ربط شرطي في الزمان والمكان بين مثير عادى ومثير للخوف .

٢ - تكرار الربط بين المثيرين يقوى استجابة الخوف من المثير العادى ، حتى يكتسب خاصية إثارة الخوف عند الشخص .

٣ - يحدث تعميم الخوف من المثير العادى على المثيرات الأخرى المماثلة . (Kauffman, 1981) .

أما أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي فذهبوا إلى أن الأطفال الخوافين لا يتعلمون مخاوفهم بالربط الشرطي فحسب ، بل أيضاً عن طريق تقليد نماذج الخوف التى يشاهدونها في الآخرين ، فالطفل قد يتعلم الخوف بتقليد أمه أو أبيه أو مدرسيه أو إخوانه وأصدقائه ، أو بتقليد المخاوف التى يشاهدها في التلفزيون .

الوقاية من المخاوف المرضية :

بالرغم من اختلاف علماء النفس في تفسير نشأة المخاوف المرضية فإنهم متفقون على أنها استجابات متعلمة ، والوقاية منها وعلاجها ميسوران ، وذلك بمساعدة الأطفال على حل صراعاتهم (عند علماء التحليل النفسي) وإزالة التعلم

الخاطىء الذى قد تعرضوا له في البيت والمدرسة (عند السلوكيين وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي) . وتتلخص طرق الوقاية من المخاوف المرضية في الآتي :

١ - عدم تخويف الأطفال وعدم استغلال مخاوفهم في السيطرة عليهم وضبط سلوكهم .

٢ - تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية ، وتوضيح ما فيها من تهديدات لحياتهم ، وبيان كيفية الحذر منها والبعد عنها ، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من أخطار .

٣ - تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه ، وتحمل المسئولية حتى يتعود على الجرأة والإقدام .

٤ - تدريب الآباء والامهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم ، لإخفاء مخاوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلموها بالملاحظة والتقليد .

٥ - تقليل قلق الأمهات على أطفالهن ، لأنه كلما كانت الأم قلقة أو خائفة على طفلها ، قَلِقَ الطفل أيضاً وخاف على نفسه . فمثلاً بعض الأمهات إذا جرح ابنها جرحاً بسيطاً ارتبكت وانزعجت ، وأظهرت الخوف الزائد عليه ، وهى بانزعاجها وخوفها الزائد تخيف طفلها ، فبعد أن كان يشعر بألم بسيط محتمل ، يبالغ في الألم ، ويأخذ يصرخ ويتلوى . مثل هذا الطفل يكبر وتستمر معه شدة التأثر ، وسرعة الحساسية لأى ألم بسيط ، وقد يصاب بفوبيا المرض .

٦ - تقليل تحذير الآباء لأطفالهم أو تأنيبهم أو تحقيرهم وإهانتهم أو ضربهم ، لأن مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في أبنائهم الثقة بالنفس ، وتجعلهم هيابين جبناء ، يشعرون بالتهديد والخوف من أشياء ومواقف كثيرة .

٧ - إذا حدث ما يزعج الطفل ويخيفه لا نتركه لينساه أو يتناساه ، لأنه قد لا ينساه ويستمر خوفه منه . ويمكن التقليل من هذا الخوف بمناقشة الطفل وتبصيره بالحادث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه ، ومساعدته على حل الصراعات التى قد تنشأ مثل هذه المواقف .

علاج المخاوف المرضية :

إذا تعلم الطفل الخوف المرضي وأصبح طفلاً خوّافاً ، فإنه لا يصلح معه الإيحاء المباشر ، بأن ما يخاف منه لا يسبب الأذى ، ولا يفيد تحقير مخاوفه ولا حثه للتغلب عليها ، إذ لا بد من العلاج النفسي الذى من أكثر طرقه شيوعاً في علاج الفوبيا الآتي :

(أ) **العلاج بالاستبصار Insight Therapy** : وهو نوع من العلاج النفسي المتعمق الذى يهدف إلى الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ، ومساعدته على حلها ، وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله ، وتعديل مفهومه عن ذاته ، وتعديل اتجاهاته نحو والديه وإخوانه وأصدقائه ومدرسيه . ويضاف إلى تبصير الطفل تبصير الوالدين والمدرسين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل حتى يساهموا في علاجها ، فعلاج الطفل يعتمد إلى حد كبير على تعاون والديه ومدرسيه .

(ب) **العلاج السلوكي Behavior Therapy** : ويهدف إلى تعديل السلوك Behavior Modification بإطفاء أو إضعاف استجابات الخوف عند الطفل الخوّاف ، وتقوية استجابات عدم الخوف من الأشياء أو الأشخاص أو الموضوعات التى تعلم الخوف منها . ويتبع في ذلك عدة طرق من أهمها :

١ - **طريقة التخفيف المنظم للإحساس بالخوف** : وتقوم على اقتراب الطفل من الأشياء التى يخافها بالتدريج إما في مواقف حقيقية ، أو في مواقف بأفلام سينمائية أو تلفزيونية . ويتم تقريب الطفل من هذه الأشياء وهو مستريح وفي حالة نفسية طيبة ، فيتعلم أن يكون مسترخياً غير خائف في حضور هذه الأشياء ، وبذا تتم عملية تشريط عكسي Counter Conditioning تجعل الموقف المخيف موقفاً ممتعاً غير مؤلم ، فتتغير استجابة الطفل من الخوف إلى الأمن والطمأنينة ، وترتبط استجابة الارتياح بالشيء الذى كان مخيفاً ، فيزول عنه الخوف منه .

٢ - **طريقة تقليد نماذج الشجاعة Technique of brave models** :
استخدمها باندورا وزملاؤه في علاج مخاوف الأطفال ، وتقوم على أساس وقاية الطفل الخوّاف من مشاهدة استجابات الخوف عند الآخرين ، وتشجيعه على مشاهدة الآخرين وهم يتعاملون مع ما يخفيه بدون خوف ، حيث يعرض على الطفل أفلام كرتونية ، ثم أفلام سينمائية ، فيها الشيء الذى يخاف منه والأطفال

الآخرون يشاهدونه وهم فرحون مسرورون ، فيقلدهم هو في سلوك الشجاعة ويتخلى عن مخاوفه من هذا الشيء ، ويقبل عليه بارتياح شأن غيره من الأطفال فيزول عنه الخوف منه .

فوبيا المدرسة

تعتبر فوبيا المدرسة School Phobias من أكثر المخاوف المرضية شيوعاً عند تلاميذ المدارس الابتدائية ، إذ أشارت الدراسات إلى أن حوالي ٢ ٪ من الأطفال في سن من : ٦ – ١٠ سنوات يعانون من هذه المشكلة ، وهي عند الإناث أعلى منها عند الذكور (Millman, et al., 1981) ، وعند الأطفال الجدد في الروضة والإبتدائى أعلى منها عند الأطفال القدامى .

وتظهر مشكلة الأطفال الخوّافين من المدرسة School Phobic Children عادة عند إلتحاقهم بالمدرسة لأول مرة ، ومع هذا فقد يلتحق بعضهم بالمدرسة الإبتدائية بدون مخاوف ، ثم تظهر عليه أعراض فوبيا المدرسة بعد انتظامه في الدراسة عدة سنوات .

ويشترك الطفل الخوّاف من المدرسة مع الطفل العادى الذى يخاف خوفاً عادياً من المدرسة في عدم الرغبة في الذهاب إلى المدرسة في الصباح ، لكنهما يختلفان في أن خوف الأول من المدرسة خوف زائد ليس له ما يبرره ، ينتشر على أشياء كثيرة في المدرسة ، وتصاحبه أعراض جسمية ونفسية كثيرة ، أما خوف الثاني فهو رد فعل مناسب لخطر حقيقي يخيف الطفل في المدرسة ، فإذا أزيل هذا الخطر ، أطمأن قلبه وعاد إلى المدرسة مباشرة بدون مشاكل.[1]

والطفل الخوّاف يشبه الطفل الهارب من المدرسة في ترك المدرسة وعدم الاستقرار فيها ، لكنهما يختلفان في الهدف من هذا السلوك ، فالخوّاف يترك المدرسة لكي يتخلص من الأعراض النفسية والجسمية المؤلمة التى يعانيها أثناء وجوده فيها ، وإذا تركها عاد إلى منزله مباشرة ، أما الهارب فهو لا يعاني من آلام الخوّاف عندما يكون في المدرسة ، وعندما يتركها لا يعود إلى بيته عادة . (McDonal & Sheperd, 1976) .

---

(١) يرفض بعض الأطفال الذهاب إلى المدرسة لأنه لم يعمل واجباته ، ويخاف من عقاب المدرس له على التقصير ، فإذا ساعدناه على عمل الواجبات أو طمأناه أن المدرس لن يعاقبه ، ذهب إلى المدرسة بدون مشاكل نفسية أو جسمية . فخوفه من المدرس له ما يبرره .

أعراض فوبيا المدرسة :

إذا رفض الطفل الخوّاف الذهاب إلى المدرسة وتركناه في البيت لا تظهر عليه أى أعراض مرضية ، أما إذا أجبرناه على الذهاب إليها قاوم وبكى بشدة ، وظهر عليه القلق والانزعاج ، وشحب لونه ، وتصبب العرق منه ، وبردت أطرافه . وقد يعاني من القيء والإسهال والصداع ، وآلام البطن ، وتقلص العضلات والغثيان والتبول اللاإرادى ، وفقدان الشهية للأكل ، واضطراب النوم والأرق والكابوس (McDonald & Sheperd) . وهذه الأعراض الجسمية ليس لها سبباً عضوياً ، وتزول عادة بمجرد عودة الطفل إلى البيت ، حيث يشعر بالأمن والطمأنينة ، ويذهب عنه الخوف والانزعاج .

ومن الدراسات التي أجريت على الأطفال الخوّافين تبين أنهم يشبهون الأطفال العاديين في الذكاء والقدرات العقلية ، ويختلفون عنهم في كثير من جوانب الشخصية المزاجية والديناميكية . فقد وجد أن نسبة كبيرة منهم اتكاليون عدوانيون قلقون ، يميلون إلى الانسحاب والانعزال ، وغير ناضجين اجتماعياً ، ومتعلقون بأمهاتهم بدرجة كبيرة ، وقدراتهم على المبادأة والاعتماد على النفس وتحمل المسئولية ضعيفة .

نشأة فوبيا المدرسة :

فوبيا المدرسة كغيرها من أنواع المخاوف المرضية سلوك مكتسب ، يتعلمه الطفل خلال تنشئته في البيت والمدرسة . ومن الدراسات التى أجريت على الأطفال الخوافين من المدرسة أمكن تحديد بعض العوامل التي ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في نشأة الفوبيا وتطورها عندهم . من هذه العوامل الآتي :

١ - **الحماية الزائدة والتدليل** : فقد تبين أن الأم التى تدلل طفلها ، وتوفر له الحماية الزائدة ، تنمي فيه الاتكالية والاعتماد عليها في كل شيء ، مما يجعله يتعلق بها ، ولا يستطيع الابتعاد عنها ، ويشعر بالتهديد إذا أبعد عنها .

٢ - **الخلافات الأسرية** : فإحساس الطفل بوجود خلافات ومشاجرات بين والديه تجعله مهموماً خائفاً عليهما ، فإذا ترك البيت إلى المدرسة شعر بالقلق والانزعاج لخوفه من أن يحدث شيئاً في البيت أثناء وجوده في المدرسة .

٣ - **قلق الأم على طفلها** : تعاني بعض الأمهات من القلق الزائد على طفلها (خاصة إذا كان وحيداً أو كان الولد الوحيد) . وعندما تنتقل مشاعر القلق عند الأم إلى الطفل بالتعلم ، يشعر الطفل بالقلق كلما ابتعد عن أمه ، ويشعر بالخوف من كل مكان لا تكون أمه معه ، فتظهر أعراض فوبيا المدرسة ، لأن المدرسة تبعده عن أمه التى يرغب في البقاء معها .

٤ - **الخبرات المؤلمة في المدرسة** : قد تواجه الطفل بعض الخبرات القاسية في المدرسة وتسبب له الفوبيا ، منها العقاب والتخويف والتحقير وكثرة الواجبات وغير ذلك .

تفسير التحليل النفسي :

يرى علماء التحليل النفسي أن فوبيا المدرسة تنشأ عن قلق الانفصال Anxiety Separation الذى يشعر به كل من الطفل وأمه عند ذهاب الطفل إلى المدرسة . فالطفل المدلل يكون عادة متعلقاً بأمه ، وأمه متعلقة به ، ولا يستطيع أى منهما الابتعاد عن الآخر ، وبذا يصيبهما قلق الانفصال عندما يذهب الطفل إلى المدرسة ، لأن الطفل لا يرغب في ترك أمه ويخاف من البعد عنها ، والأم لا ترغب في ترك ابنها وتخاف عليه في البعد عنها ، فتظهر أعراض فوبيا المدرسة عند الطفل التى تعتبر رمزاً لقلق الانفصال . (MacDonal & Sheperd, 1976) .

تفسير السلوكية :

أشار واطسون إلى أن الطفل الخوّاف تعلم خوفه الزائد من المدرسة بالتشريط الكلاسيكي من خلال تعرضه للعقاب أو التخويف في المدرسة ، وبتكرار هذه الخبرات المؤلمة في المدرسة ، يربط ربطاً شرطياً بين المدرسة وهذه الخبرات ، فتظهر الفوبيا من المدرسة .

أما زعماء السلوكية الحديثة (وعلى رأسهم سكنر) فيذهبون إلى أن الطفل لا يتعلم الخوف من المدرسة بالتشريط الكلاسيكي فقط ، بل أيضاً بالتشريط الاجرائي Operation Conditioning عن طريق تدعيم « الخوف من المدرسة »

عند الطفل في البيت والمدرسة ، فقد يذهب الطفل إلى المدرسة ويعاقب على تقصيره في أداء الواجبات (مثلاً : تدعيم سلبي) ، في حين يجد في البيت اللعب ومشاهدة التلفزيون (تدعيم إيجابي) ، وقد يغيب الطفل عن المدرسة فيشعر بزيادة الاهتمام به والانتباه إليه في البيت (تدعيم إيجابي) ، وقد تهدد الأم طفلها بإرساله إلى المدرسة (تدعيم سلبي) ، وبذلك يصبح الذهاب إلى المدرسة مؤلماً ، والبقاء في البيت ممتعاً ، فيشعر الطفل في الذهاب إلى المدرسة بقلق الانفصال عن البيت ، وتنشأ فوبيا المدرسة .

العـــلاج :

يتفق علماء النفس على ضرورة علاج حالة فوبيا المدرسة وإعادة الطفل إلى الدراسة ، قبل أن يؤدى غيابه عن المدرسة إلى تأخره دراسياً ، وقبل أن تزداد مخاوفه من المدرسة أكثر من ذلك وتظهر الاضطرابات النفسية أو الانحرافات السلوكية .

وتستجيب معظم حالات فوبيا المدرسة عند الأطفال للعلاج بسرعة إذا عولجت في بدايتها ، حيث تكون خفيفة ، تشفى بسرعة بالتعاون بين البيت والمدرسة ، أما إذا تأخر العلاج فإن مشكلة الطفل تتعقد ، وتصبح من الحالات الصعبة التي تدل على سوء التوافق ، وتحتاج إلى علاج نفسي متعمق ، وقد يستغرق علاجها مدة طويلة .

ويبدأ علاج الطفل الخوّاف من المدرسة بقبول الأسباب التي يبديها ، ويبرر بها رفضه الذهاب إلى المدرسة ، ولا نعيده إليها قسراً أو بالضرب أو بالخداع والإغراء ، لأن المدرسة أصبحت بالنسبة له مكاناً مخيفاً يجب إبعاده عنه مؤقتاً ، حتى نعرف الأسباب الحقيقية لخوفه منها ونعالجها ، ثم نعيده إلى المدرسة تدريجياً بالاقناع ، وبتغيير مشاعره نحو المدرسة ومدرسيه وزملائه .

ويتبع في علاج حالات فوبيا المدرسة نفس الطرق العلاجية التي أشرنا إليها في علاج المخاوف المرضية والتي تطبق على النحو الآتي :

١ - **طريقة العلاج بالاستبصار** : تقوم على فهم الطفل الخوّاف ، وتنمية ثقته بنفسه ، وتعديل مفهومه عن نفسه ، وتبصيره بمشاعره تجاه أمه ، وتبصير أمه بمشاعرها نحوه ، ومساعدتها على علاج صراعاتها وقلقها على طفلها ،

وتشجيعها على تدريب طفلها الاعتماد على نفسه والاستقلال عنها ، وتبصير المدرسات بمشكلة الطفل لكي يعاملوه معاملة تشعره بالتقبل والاهتمام ، لتخفيف مخاوف وقلق الانفصال عنده ، فيشعر بالأمن والطمأنينة في المدرسة ، ويشعر أيضاً بالاطمئنان على أن بيته لن يحدث فيه سوء أثناء وجوده في المدرسة .

٢ - **طريقة العلاج السلوكي** : وتقوم على أساس تعديل سلوك الخوف من المدرسة بسلوك الاطمئنان والارتياح فيها . ويتبع في ذلك الآتي :

(أ) **التخفيف المنظم لمشاعر الخوف من المدرسة** : بجعل الطفل يقبل على المدرسة ، بعد تدريبه على الاسترخاء والاطمئنان والاستمتاع أثناء وجوده فيها عن طريق تشجيعه على اللعب في المدرسة ، حتى يشعر بالراحة والأمن ، ويحدث التشريط العكسي ، فيحب المدرسة بدلاً من أن يكرهها ويخاف منها .

(ب) جَعْل الذهاب إلى المدرسة مدعوماً ، وعدم الذهاب إليها غير مدعوم : ويستخدم في ذلك طريقة سكنر في التعليم الإجرائي ، فيكافأ الطفل على كل سلوك يقربه من المدرسة ، ولا يكافأ على أى سلوك يبعده عنها .

ونبدأ عادة بمكافأته على الذهاب إلى المدرسة لفترات قصيرة ، ثم نتدرج معه شيئاً فشيئاً حتى يستطيع البقاء يوماً كاملاً فيها مع عدم تحقير الطفل على فترات انقطاعه عن المدرسة ، وعدم تدعيم وجوده في البيت (Kauffman , 1981) .

ويراعى في العلاج السلوكي إقناع الطفل بالعودة إلى المدرسة بصحبة أمه لفترات قصيرة ، وتوفير النشاطات التي تمتعه ويحبها ، ثم نزيد فترة وجوده في المدرسة يوماً بعد يوم ، ونقلل مصاحبة أمه له ، ونزيد من ارتباطه بمدرسيه ، حتى يألف المدرسة ويحبها ، ويستطيع البقاء فيها يوماً دراسياً كاملاً وهو مسترخ مطمئن بعيداً عن أمه .

وأثناء العلاج قد ينقطع الطفل عن قاعات الدرس ، وتفوته بعض الدروس ، علينا أن نعوضه إياها في البيت ، فَنُدَرِّس له ما فاته ، حتى يُحَصِّل ما حصّله زملاؤه في الفصل . وبذا لا يجد صعوبة في التحصيل عند عودته إلى صفه بعد العلاج ، لأن الضعف في التحصيل خبرة مؤلمة ، قد تثير مخاوفه من جديد . فالطفل الخوّاف سريع التشريط ، يتعلم الخوف من المدرسة بسرعة عندما

يشعر بالخوف من العقاب أو التحقير أو الإهانة ، عندما يشعر بالعجز والفشل في فهم الدروس .

ولا بد أن يساهم الآباء والمدرسون في علاج الطفل الخوّاف ، وذلك بتحسين المناخ النفسي والاجتماعي في البيت والمدرسة ، حتى يشعر بالأمن والطمأنينة في علاقاته بمدرسيه وبوالديه ، ويجد التشجيع منهم على الدراسة والتحصيل .

وعلى المدرس مساعدة الطفل الخوّاف على تنمية قدراته وإشباع ميوله ، ولا يكثر عليه بالواجبات المنزلية ، ولا يؤنبه أو يحقره على أيام غيابه عن الفصل ، بل عليه أن يشعره بالتقبل والترحاب في كل يوم يحضر فيه إلى الفصل ، وفي كل حصة يراه فيها ، ويعمل على تقريبه إليه في فترات الراحة ، وبين الحصص ، ويرافقه إلى المطعم والنادى حتى يثق به ، ويحاول تلمس مواهبه ومحاسنه ويبرزها . حتى يشعر الطفل بالارتياح في المدرسة ، ويقبل عليها ولا يحجم عنها ، ويتعلم حبها ويطفىء خوفه منها .

الغيــرة

الغيرة Jealousy انفعال مركب من الغضب والحقد والخوف ، وهي انفعال مكدر ، يشعر الشخص به عندما يدرك وجود من ينافسه على مركز أو مكانة أو منصب أو حب أو أي شيء آخر ، ويجد في حصول منافسه عليها حرماناً له منها أو تهديداً له بالحرمان من الحصول عليها .

والشعور بالغيرة موجود عند جميع الناس بدرجات متفاوتة[١] . فمن الناس مَنْ يشعر بالغيرة الخفيفة في بعض المواقف ، وسرعان ما يسيطر على غضبه ومخاوفه وأحقاده ، ولا يشعر بتهديد تقدير الذات ، ولا تهتز ثقته بنفسه ، وتمر مشاعر الغيرة به وكأنها مهماز يحركه إلى النجاح والتفوق في مجالات غير المتنافس عليها ، أو يدفعه إلى العمل والاجتهاد لتحقيق النجاح مع منافسه .

---

(١) من المتوقع – في ضوء التوزيع الاعتدالي للخصائص والسمات – أن يكون الشعور بالغيرة عند معظم الناس متوسطا أو قريبا من المتوسط ، وعند قلة منهم دون المتوسط بكثير ، وعند قلة أخرى أعلا من المتوسط بكثير ، وهذه الفئة الأخيرة هي التى تعاني من مشكلة الغيرة الشديدة .

ومن الناس من يشعر بالغيرة الشديدة في بعض المواقف ، ويسيطر عليه الغضب والخوف والحقد ، ويدرك تهديد تقدير الذات ، ويشعر بالعجز واليأس ، وكلها مشاعر مؤلمة بغيضة ، تُنمي القلق والشعور بالذنب والدونية والعداوة ، وتُفسد علاقة الشخص بنفسه وبغيره ، وتؤدى إلى انعدام الصحة النفسية ، لأنها - أى الغيرة الشديدة - تدفع الشخص الذى يشعر بها إلى العدوان والانتقام ممن ينافسه ، أو تخريب واتلاف ما يُتنافس عليه ، فإذا فشل في ذلك لجأ إلى الحيل النفسية الخداعية والهروبية ، لتخفيف مشاعر القلق والدونية . من هذه الحيل الانسحاب والنكوص والإسقاط ، وتكوين رد الفعل العكسي . وقد يبالغ الشخص في استخدام هذه الحيل حتى تنهار دفاعاته النفسية ، وتظهر عليه أعراض الاضطرابات العصابية أو الأمراض السيكوسوماتية .

وعلى هذا لا يعتبر الشعور بالغيرة الخفيفة ضاراً بالصحة النفسية ، لأنه يدفع للعمل والنشاط واكتساب الخبرات ، وتحقيق النجاح والتفوق في مجال المنافسة أو في مجالات أخرى ، فغيرة الزوجة على زوجها - إذا كانت غيرة خفيفة - تدفعها لإظهار حبها له ، وزيادة الاهتمام به ، وغيرة الزوج على زوجته تجعله يحافظ عليها ، ويشعرها بحرصه عليها وحمايته لها ، فقليل من الغيرة مطلوب حتى تستقيم الحياة الزوجية .

أما الشعور بالغيرة الشديدة ، فهو شعور مؤلم يعذب صاحبه ، ويشقي مَنْ حوله ، ويفسد الحياة الاجتماعية ، ويقضي على الصحة النفسية . وتعتبر الغيرة الشديدة سبباً مباشراً لأمراض نفسية وجسمية واجتماعية كثيرة . فغيرة الطفل من أخيه الصغير - إذا كانت شديدة - تجعله ينتقم منه ، ويعتدى عليه وعلى والديه ، أو تجعله ينسحب وينطوى ، أو يتهته ويتعلثم ، أو يتبول لا إرادياً ، أو يمص إبهامه أو يقضم أظافره ، أو يضطرب نومه ، أو يفقد شهيته للأكل ، أو تجعله سريع البكاء كثير الكذب . وغيرة الزوجة على زوجها - إذا كانت غيرة شديدة - قد تدفعها إلى العدوان عليه ، والتشهير به والانتقام منه ، فتفسد حياتها الزوجية بكثرة الشجار والخلافات التى قد تؤدى إلى الطلاق .

وقد تؤدى الغيرة الشديدة إلى ارتكاب الجرائم ، فقد أقدم موظف على إشعال النار بمخازن الشركة انتقاماً من زميله الذى فاز عليه ، وعُيّن أميناً لهذه المخازن ، وأقدمت زوجة على قطع الجهاز التناسلي لزوجها انتقاماً منه بعد أن

علمت بعزمه على الزواج ثانية ، وأقدم طفل في سن السابعة على قذف أخيه الصغير من النافذة بعد أن شعر بمنافسته له على حب والديه ، وأدرك تحول والديه إلى حب الصغير .

وقد تشتد الغيرة وتصبح مرضاً نفسياً يسمى « مرض الغيرة » من أعراضه الخوف من فقدان حب شخص آخر ، وتوهم وجود منافس في هذا الحب ، وتوقع الحرمان من المحبوب إن فارقه . فالزوجة « المريضة بالغيرة » تستحوز على زوجها ، وتستخلصه لنفسها ، فإن انصرف عنها لأى شيء شعرت بالغيرة ، وتشككت في سلوكه ، وتوهمت أنه ذاهب إلى امرأة غيرها ، وعاشت في غم وحزن وتوجس ، وشعرت بالغيرة من عمله و أصدقائه و أقاربه ، وأحياناً تغير من كتبه وأولاده لأنها تبعده عنها .

والطفل « المريض بالغيرة » يخاف من فقدان حب أمّه ، فإذا انصرفت عنه إلى عملها أو إلى رعاية أحد إخوته أو إلى العناية بشئون أبيه شعر بالغيرة ، واضطرب وتشكك في حبها له ، وتوهم أنه منبوذ في الأسرة ، وركبه الحزن والقلق . وقد يؤدى مرض الغيرة إلى فوبيا المدرسة ، فيرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة لا لخوفه منها ، لكن لخوفه من أن يفقد حب أمه إن هو تركها وذهب إلى المدرسة .

ويدل « مرض الغيرة » على أنانية الشخص وحبه الزائد لنفسه ، ورغبته في الأخذ دون العطاء ، وحبه للتملك والسيطرة . فالمرأة « المريضة بالغيرة » أنانية تحب نفسها أكثر من زوجها الذى تغير عليه ، والطفل « المريض بالغيرة » متمركز حول ذاته ، قلق ضعيف الثقة بنفسه ، وهذا ما يجعله يتوهم المنافسة ، ويتوهم الحرمان .

وقد ينشأ « مرض الغيرة » عن اسقاط الشخص لمشاعره الآثمة ، أو أخطائه الشنيعة على محبوبه ، فيخاف من فقدان حبه له ، ويشعر بالغيرة الشديدة عليه . فقد يشعر الزوج أنه غير مخلص لزوجته ، ويشعر بالذنب والقلق لخيانته لها ، ويخاف من أن تتركه إن هي اكتشفت أمره ، ثم يتخلص من هذه المشاعر المؤلمة باسقاطها على زوجته ، فيتشكك في حبها ، ويخشى من تجاوبها مع منافسه المزعوم ، ويتوقع انصرافها عنه .

الاستهداف للغيرة الشديدة :

يرجع الشعور بالغيرة الشديدة – في جزء كبير منه – إلى استعداد الشخص للغيرة (١) ، الذى يجعله أكثر من غيره استهدافاً للشعور بالغيرة Jealousy proneness ويجعله يدرك الحرمان أو التهديد بالحرمان في مواقف كثيرة ، ويجعله يغضب ويقلق ويحقد على أشخاص قد يكون بينه وبينهم منافسة حقيقية أو منافسة وهمية من صنع خياله هو – فقد تشعر الزوجة بالغيرة من زوجها ، وتغضب وتسب وتُشهِّر بكل امرأة تتحدث معه ، حتى ولو كانت هذه المرأة أمه أو أخته أو امرأة ليس له علاقة بها .

ويتكون الاستعداد للغيرة الشديدة من مجموعة من الاستعدادات النفسية ، أهمها الشعور بالنقص والاتكالية والقلق والشعور بالذنب والعداوة ، وجميعها استعدادات نفسية إذا نمت عند الشخص تجعله قليل الثقة بنفسه وبالآخرين ، سريع الغضب حقود ، يعتبر نجاح الآخرين فشلاً له ، فيسوؤه هذا النجاح ويحسدهم عليه .

وينمو الاستعداد للغيرة الشديدة في مرحلة الطفولة من خلال شعور الطفل بعدم الأمن والطمأنينة في علاقته بوالديه ومدرسيه وغيرهم من الراشدين المهمين في حياته . ومن أهم عوامل عدم الأمن والطمأنينة شعور الطفل بتفضيل أحد الأطفال عليه ، وتكرار هذا التفضيل يجعله يشعر بالدونية وعدم الكفاءة ، ويدرك عدم الأمن والطمأنينة وعدم التقبل ، وتهتز مكانته الاجتماعية في البيت والمدرسة ، وينمو عنده القلق والعداوة والاتكالية والشعور بالنقص ، ويكون أكثر استهدافاً للغيرة الشديدة في مراحل حياته التالية .

ومن الملاحظ أن الاستعداد للغيرة عند الإناث أعلى منه عند الذكور ، مما يجعل البنات أكثر استهدافاً للغيرة الشديدة من الأولاد . وقد أرجع فرويد هذا الفرق إلى عوامل بيولوجية فطرية تجعل البنت أكثر غيرة من الولد . فالبنت من

---

(١) لا نقصد بالاستعداد للغيرة تكوين فطرى وراثي للغيرة ، لكن نقصد به تكوين نفسي عصبي ينمو من التفاعل بين العوامل الفطرية والعوامل البيئية ، ونعتقد أن هذا التكوين يرجع إلى عوامل بيئية أكثر من عوامل فطرية ، وهذا ما يجعلنا نعتبر الغيرة في معظمها سلوكا مكتسبا لأن البيئة هي التي تنمي الاستعداد للغيرة في الطفولة وهي التى تثيره في مراحل العمر التالية .

وجهة نظره تشعر بالنقص من صغرها لأنها تدرك أن الولد يتفوق عليها في بعض النواحي البيولوجية التي تحسده عليها [1] ، مما ينمي الاستعداد للغيرة عندها (نجاتي ، ١٩٨٣) . لكن هذا التفسير مردود عليه من ناحيتين :

١ - لو كانت البنات يحسدن الأولاد لأسباب بيولوجية كانت الغيرة بين الجنسين أشد منها بين أفراد الجنس الواحد ، أى أن الغيرة بين البنات والأولاد أعلى منها بين الأولاد أو بين البنات . وهذا عكس ما نلاحظه في حياتنا اليومية ، إذ نلاحظ أن غيرة البنت من بنت مثلها أعلى من غيرتها من الولد ، وغيرة الولد من ولد مثله أعلى من غيرته من البنت . فالغيرة بين أفراد الجنس الواحد أعلى من الغيرة بين الجنسين (Bakwin & Bakwin, 1966) .

٢ - لو كان تفوق البنات على الأولاد في الاستعداد للغيرة راجعاً إلى عوامل فطرية لظهر هذا التفوق في جميع الثقافات ، لكن الدراسات الانثروبولوجية لم تؤيد هذا الفرض ، إذ وجد الباحثون أن الغيرة عند الذكور أعلى منها عند الإناث في بعض القبائل البدائية ، ولم يجدوا فروقاً بين الجنسين في الغيرة عند قبائل أخرى ، كما وجدوا أن قبائل ثالثة لا تنمي الغيرة عند أبنائها من الجنسين (نجاتي ، ١٩٨٣) .

وهذا يعني أن الفروق بين الذكور والإناث في الاستعداد للغيرة سببها عوامل ثقافية أكثر منها عوامل فطرية . ونعتقد أن تفوق البنات على الأولاد في الغيرة في مجتمعاتنا راجع إلى ظروف التنشئة الاجتماعية في البيت والمدرسة التي تنمي الغيرة عند البنت أكثر من الولد .

الغيـرة عند الأطفال :

الشعور بالغيرة الشديدة من أخطر المشكلات التي تواجه الأطفال في طفولتهم لسببين :

السبب الأول : أن الطفل الذى يعاني من الغيرة الشديدة يعاني أيضاً من مشكلات نفسية واجتماعية وجسمية كثيرة ، مثل التبول اللاإرادى والتهتهة ،

(١) يرى فرويد أن البنت تحسد الولد على امتلاكه للجهاز التناسلي ، وتشعر بالنقص لعدم امتلاكها لهذا الجهاز ، وهذا ما يجعلها تميل إلى أبيها وتغير من أمها - هذا التفسير ليس دقيقا ، لم تؤيده نتائج دراسات كثيرة .

ومص الأصابع والعدوان والانسحاب ، وأحلام اليقظة والصداع والاسهال ، والتأخر الدراسي وغيرها . إذ تبين من دراسات كثيرة أن شعور الطفل بالغيرة الشديدة عامل أساسي في نشأة هذه المشكلات ، وهذا ما يجعلنا نعتبر الغيرة « أمُّ مشكلات الطفولة » .

السبب الثاني : أن تكرار شعور الطفل بالغيرة الشديدة وهو صغير ، واستمرار شعوره بها لفترات طويلة ، ينمي عنده الاستعداد للغيرة ، ويجعله أكثر استهدافاً للشعور بالغيرة الشديدة في مراحل حياته التالية . وهو استعداد سيء يجب أن نحمى أطفالنا منه .

وتنشأ الغيرة عند الأطفال من معاملة الآباء والمدرسين – وغيرهم من الراشدين – لهم معاملة سيئة ، تقوم على تفضيل طفل على آخر أو مقارنة طفل بآخر دون مراعاة للفروق الفردية بينهما ، أو اظهار محاسن طفل أمام غيره ، أو ذم طفل ومدح آخر . فهذه المعاملات تثير غضب وخوف وحقد الطفل المفضول عليه ، والطفل المهزوم في المقارنة ، والطفل المذموم ، لشعورهم بالدونية والاحباط والفشل والإهانة واحساسهم بعدم الأمن وعدم التقبل ، فتهتز ثقتهم في أنفسهم وفي الآخرين من حولهم ، وينمو فيهم القلق والعداوة والبغضاء .

ومن أكثر أشكال الغيرة شيوعاً في مرحلة الطفولة « **الغيرة بين الإخوة** » التي تؤدى في بعض الأحيان إلى عدوان الأخ على أخيه المنافس له ، وإلى الشكوى منه ، وتخريب ممتلكاته ، والتشهير به ، والإخبار عنه بالكذب . وإذا فشل الطفل في الانتقام من منافسه خوفاً من معاقبة والديه – إن هو أظهر العداوة والعدوان – لجأ إلى كبت عداوته وإظهار حبه الزائد لأخيه ، ولسان حاله يقول : « أحبه حتى يحبني أبي وتحبني أمي » . وكبت العداوة والحقد ليس سلوكاً صحياً ، لأنه قد يؤدى إلى القلق والاتكالية والشعور بالذنب . وكلها مشاعر مؤلمة تجعل الطفل يلجأ إلى الحيل النفسية ، فينسحب وينطوى على نفسه ، أو يبلل فراشه أو يمص الأصابع ، وقد يتهته ويرمش ، ويضطرب نومه ، وتضعف شهيته للطعام ، وقد يكذب ويسرق أو يشاغب لجذب انتباه والديه ودعوتهما للاهتمام به ، فإذا حصل على اهتمامهما خفت غيرته واختفت هذه المشكلات .

ومن أهم عوامل الغيرة بين الإخوة :

١ - **قدوم أخ جديد** : فعند ولادة طفل جديد في الأسرة يدرك الطفل الكبير إهتمام والديه بالمولود ، وانشغالهما به ، مما يجعله - أي الكبير - يشعر بعدم التقبل أو يتوهم أنه غير محبوب منهما ، ويشعر بعدم الأمن والطمأنينة ، وبتهديد مركزه الاجتماعي في الأسرة ، ويتطير ويقلق ، ثم يربط بين قدوم أخيه الصغير وتحول والديه عنه ، فيدرك أنه منافس له في حب والديه ، ومُهَدِّدٌ لمركزه في الأسرة ، فيغير منه ويكرهه ويحقد عليه ، ويسعى للانتقام منه ومن والديه . ويُدَعِّم الوالدان هذه الغيرة عندما يهتمان بالطفل الصغير في حضور أخيه الكبير ، أو عندما يضربان الكبير بسبب غيرته من الصغير .

وحالة الطفل حسام توضح لنا مشكلة الغيرة من الأخ الصغير . فقد حُول حسام وعمره خمس سنوات ونصف إلى العيادة النفسية بسبب التبوّل اللاإرادى ، ومن دراسة تاريخ حياته أشارت أمه إلى أنه كان طفلاً عادياً ، تحكم في عمليات الإخراج في سن الثلاث سنوات . ثم جاءه أخ جديد وهو في سن الخامسة فتغير سلوكه ، وأصبح عصبياً سريع الغضب ، ورفض أن ينظر إلى أخيه الجديد ، وخاصم أمه عدة أيام ، بعد عودتها من مستشفى الولادة ، وأنكر تماماً ولادة أخيه ، وبعد شهور قليلة حدث نكوص واضح في سلوكياته ، وأخذ يسلك مثل الطفل الرضيع ، فعاد يحبو ويجلس في كرسي الرضيع ، ويركب في المشايّة ، وينام في حجر أمه ، ويخطف الرضّاعة من الصغير ، ويبول في الفراش ، ويمص إبهامه . وقد نجح والداه في تخليصه من هذه المشكلات عدا التبول اللاإرادى ، فقد لاحظت الأم أنها كلما زادت في تعنيفه وتحقيره على تبوله ، بال ثانية في ملابسه ، وقد يُخْرج وهو واقف أمامها ، أما إذا عنيت به ولاعبته كما تلاعب الرضيع خفت حدة مشكلة التبول عنده .

والغيرة من ولادة أخ جديد تزداد عند الطفل الأول في الأسرة ، لأنه كان يعيش وحيداً قبل قدوم أخيه ، ينعم بحب والديه ورعايتهما ، لا يشاركه أحد في ذلك ، فيشعر بالمنافسة والتهديد بالحرمان ، لأنه لم يتعود على مشاركة أحد له في حب والديه . كما تزداد الغيرة إذا جاء الأخ الجديد وعمر الطفل الكبير من ٢ - ٥ سنوات ، لأن الطفل في هذه المرحلة متمركز حول ذاته ، وفي حاجة إلى رعاية والديه ، وليس عنده استعداد لأن يقاسمه أحد في حبهما . أما إذا جاء الأخ

الجديد ، وعمر الطفل الكبير أكبر من ٦ سنوات ، فإن غيرته من أخيه لا تكون كبيرة لأنه كبر بدرجة تمكنه من الاعتماد على نفسه ، وتجعله يدرك مركزه في الأسرة ، ويجد في علاقاته ونشاطاته خارج البيت ما يعوضه عن تحول والديه عنه للعناية بالوليد . وقد يشعر الطفل الكبير بالغيرة من أخيه الصغير ، لكنه لا يفصح عنها ، ويسيطر على غضبه وحقده وخوفه من أخيه ، لأنه يدرك أن غيرته من أخيه الصغير سلوك غير مناسب لسنه ، فهو يعتقد أنه كبر وعليه أن يثبت لوالديه أنه لم يعد صغيراً .

٢ — **تفضيل أخ على أخيه** : قد يفضل الوالدان أحد أبنائهما لأى سبب من الأسباب ، فيخصانه بالحب والرعاية والعناية والاهتمام ، فيشعر إخوته غير المفضلين بالجور والظلم ، ويحقدون على أخيهم المفضل ، ويكرهونه ، ويغضبون منه ومن والديهم . فقد يفضل الآباء الولد على البنات ، فتشعر البنات بالغيرة من أخيهن ، وقد يفضلون البنت على الأولاد فيشعر الأولاد بالغيرة من البنت ، وقد يفضلون الصغير على الكبير أو الكبير على الصغير أو المريض على الصحيح ، مما ينمي الغيرة بين الإخوة ويفسد العلاقات بينهم .

٣ — **المقارنة بين الإخوة** : قد يقارن الآباء بين أبنائهم ، ويظهرون محاسن أحدهم وعيوب غيره ، فيشعر الابن الممدوح بالتقبل والحب ، ويشعر المذموم بعدم التقبل والإهانة وعدم الأمن والطمأنينة في علاقته بوالديه ، ويشعر بالغيرة من أخيه الممدوح ويحقد عليه ، وقد يكرهه ويعتدي عليه أو يعتدى على والديه ويُشّهر بهما .

وقد يلجأ الوالدان إلى مقارنة الإخوة أو الأخوات ، فيقولان لأحدهم « أخوك أفضل منك » أو « أحسن منك خُلقاً » أو « أفضل منك في الدراسة » ويكررون هذا القول عدة مرات بهدف تشجيع الضعيف على الدراسة أو تحسين سلوكه كأخيه . وهما لا يدريان أن هذه المقارنة قد تزيد السيء سوءاً ، لأنها قد تعطيه مفهوماً سيئاً عن نفسه ، وتشعره بالدونية وعدم التقبل ، وتنمي فيه الغيرة من أخيه ، وتؤكد أنه مكروه في الأسرة ، وتبرر له عدوانيته على أخيه وعلى والديه .

٤ - وتزداد غيرة الأخ من أخيه كلما حقّر والداه تصرفاته ، وعاملاه بجفوة وغلظة ، في الوقت الذي يعاملان أخاه الأفضل منه بمودة ومحبة .

٤ - **الاستعداد للغيرة الشديدة عند الآباء** : فالآباء المستهدفون للغيرة الشديدة شعروا بالغيرة والحقد والخوف وهم صغار ، ويُعاملون أبناءهم كما كانوا يُعامَلون في طفولتهم ، فيتسلطون عليهم ويحقرونهم ، ويذكون الخلافات بينهم ، ويثيرون المنافسات والصراعات فيهم ويحقرونهم ، وينمون الغيرة الشديدة في نفوسهم ، فالأم التي لديها استعداد للغيرة الشديدة أمٌّ غير ناضجة ، قد تشعر بالغيرة من ابنتها فتنتقدها وتحقر تصرفاتها ، وتحط من شأنها ، مما يشعر البنت بعدم التقبلّ والإهانة وعدم الثقة في نفسها وفي أمها ، وتنمو عندها الغيرة والعداوة .

والأب غير الناضج قد يتسلط على ابنه ، ويطلب منه الطاعة في كل شيء ، ويعمل على جعل ابنه صغيراً باستمرار حتى لا يكبر وينافسه . وهذه المعاملة تنمي الغيرة والكراهية عند الابن (Bakwin & Bakwin, 1966) .

الغيـرة في المدرسة :

وللمدرسة دور كبير في تنمية الغيرة عند التلاميذ ، فالمدرسون - كالآباء - قد يخطئون في معاملة تلاميذهم ، ويعاملونهم بطريقة تثير المنافسة الشديدة بينهم ، وتنمي عندهم الحقد والخوف والغضب ، مما يجعلهم مستهدفين للغيرة الشديدة في مراحل حياتهم التالية .

وأخطاء المدرسين التي تنمي الغيرة عند التلاميذ هي نفسها أخطاء الآباء التي سبق الإشارة إليها . وفيما يلي نبين أهمها :

١ - **تفضيل تلميذ على آخر** : فقد يفضل المدرس أحد التلاميذ ويخصه بالرعاية والاهتمام أكثر من زملائه في الفصل ، فيقربه منه أو يكثر من توجيه الأسئلة إليه أو من مداعبته ، مما يشعر التلاميذ الآخرين بالغيرة منه فيحقدون عليه ويكرهونه ويكرهون مدرسهم . ومن عوامل تفضيل المدرس لتلميذ على آخر التفوق في التحصيل ، وحُسْن الخلق والمظهر أو الصداقة والقرابة وغيرهما .

٢ - **المقارنة بين التلاميذ** : قد يلجأ المدرس إلى مقارنة التلاميذ في الفصل ، ويمدح التلميذ الشاطر ، ويذم التلميذ الكسول ، بهدف تشجيع الشاطر ودفع الكسول إلى تقليد زميله . وتؤدى هذه المقارنة - في معظم الأحيان - إلى نتائج سيئة ، فقد يشعر التلميذ الكسول بالعجز عن التفوق ، ويشعر بالدونية

والقلق ، وتنمو عنده الغيرة من التلاميذ الناجحين والحقد عليهم والكراهية لهم ، وقد يعمم هذه الكراهية على المدرسين والمدرسة والمجتمع كله ، ويسعى إلى الانتقام والتخريب كما يحدث في بعض حالات الجناح .

٣ - **الاستعداد للغيرة عند المدرس** : قد يكون المدرس شعر بالغيرة الشديدة في طفولته ، ونمى عنده الاستعداد للغيرة وهو صغير ، فيعامل تلاميذه معاملة غير ناضجة ، تثير فيهم الحقد والخوف والغضب ، وتنمي الغيرة بينهم فيستهزىء بالتلميذ الضعيف ، ويحقره ويهينه ، ويستخف بعمل التلميذ الشاطر ، ويغبنه حقه في الدرجات . وقد يصف التلاميذ بصفات سيئة ، ويتوعدهم بالويل والثبور ، وينمي عندهم الصراع والمنافسات غير الشريفة - وكأنه يكرر لا شعورياً الخبرات السيئة التي تعرض لها في طفولته .

ومن أمثلة المعاملات التي تنمي الغيرة الشديدة بين التلاميذ أن يسأل المدرس سؤالاً ، ويطلب من أحد التلاميذ الإجابة ، فيخطىء ويطلب من آخر فيصيب ، فيأمر الثاني بضرب الأول ، أو يأمره بالبصق في وجهه ، أو يكتب عبارة مهينه ويضعها على صدر المخطيء . وقد يعلن المدرس أن هدفه من هذه المعاملة تشجيع التلميذ الكسول على الجد والنشاط ، لكن إذا سبرنا غور هذا المدرس سوف نجد أنه يكرر الأسلوب الذى عامله به مدرسوه وهو صغير ، ونمّى عنده الغيرة والحقد والكراهية ، وهو بذلك ينمي الغيرة عند تلاميذه دون أن يدرى بما يفعل .

العلاج والوقاية :

من النادر أن يحول طفل إلى العيادة النفسية لعلاجه من الشعور بالغيرة الشديدة ، لكن يحول كثير من الأطفال لعلاجهم من مشكلات أخرى غير الغيرة ، ثم يكتشف المعالج النفسي أن شعورهم بالغيرة الشديدة عامل أساسي فيما يعانونه من مشكلات نفسية أو اجتماعية أو جسمية . فقد يُطلَب علاج بعض الأطفال من السرقة أو الكذب أو العدوان والتخريب ، أو الانطواء والانسحاب ، أو التبول اللاإرادى ومص الأصابع واللزمات العصبية ، أو فقدان الشهية واضطرابات النوم والتهتهة وغيرها ، ويتضح من دراسة حالتهم أن هذه المشكلات أعراض لشعورهم بالغيرة الشديدة ، وبالتالي يتجه المعالج إلى تخفيف

هذا الشعور المؤلم ، فإذا خَفّ زالت آلامهم واختفت مشكلاتهم الأخرى التي نتجت عنه .

وتعالج معظم حالات الغيرة الشديدة « بالإرشاد والتوجيه النفسي » (١) للطفل ووالديه ومدرسيه وغيرهم من الراشدين المهمين في حياته . ويهدف الإرشاد والتوجيه النفسي إلى الآتي :

ويهدف الإرشاد والتوجيه النفسي إلى الآتي :

١ – **جعل الطفل يشعر بالأمن والطمأنينة في علاقته بوالديه ومدرسيه** : وذلك بجعله يشعر بالتقبل والحب والعطف والعناية والاهتمام والتشجيع حتى يثق فيمن حوله ، ويطمئن لمركزه الاجتماعي في البيت والمدرسة ، وتزول عنه مخاوف الحرمان والفشل والاحباط ، ويقبل على الحياة آمناً مطمئناً .

٢ – **تنمية شخصية الطفل** : وذلك بتنمية ثقته في نفسه وتشجيعه على الاستقلال والاعتماد على النفس ، وحثه على النجاح والتفوق في مجالات الدراسة والهوايات والنشاطات الرياضية ، وتبصيره بإمكاناته وقدراته حتى يتحسن مفهومه عن نفسه ، ويثق في كفاءته ، ويشعر بالجدارة ، وتخف عنه مشاعر الدونية والاتكالية والقلق ، وتقل حاجته إلى استخدام الحيل النفسية الدفاعية .

٣ – **تجنيب الطفل مواقف المنافسات غير المتكافئة والمقارنات غير العادلة** : فلا نقارنه بمن هو أحسن منه ، ولا ندفعه إلى منافسات لا يستطيع التفوق فيها ، ولا نحط من شأنه ، ولا نشعره بالتهديد لأن الطفل الذى يشعر بالغيرة سريع الخوف والغضب والحقد ، سريع الاحباط والقلق واليأس ، سريع اللجوء إلى الحيل النفسية الدفاعية . لذا كان من الضرورى تجنيبه المنافسات والمقارنات في بداية عمليات الارشاد النفسي حتى تقوى دفاعاته النفسية ، وتزول مخاوفه من الحرمان والفشل ، ويطمئن إلى كفاءته ويثق فيمن حوله .

٤ – **الوقاية من تنمية الاستعداد للغيرة في البيت** : وذلك بتجنب الآباء تفضيل أخ على أخيه ، أو المقارنة بينهما أو مدح أحدهما وذم الآخر .

---

(١) تحتاج بعض حالات الغيرة إلى العلاج النفسي المتعمق ، ويستخدم في علاجها التحليل النفسي أو العلاج السلوكي أو طريقة روجز في العلاج المتمركز حول المريض والعلاج الديني . لمزيد من المعلومات عن أساليب العلاج النفسي ارجع إلى الفصل الرابع .

فلا يفضلون الولد على البنت ولا البنت على الولد ، ولا الكبير على الصغير ولا الصغير على الكبير ، وأن يعدلوا بين أبنائهم حتى في القبلة . فقد أمرنا رسول الله عليه الصلاة والسلام بذلك فقال : « **أعدلوا بين أولادكم حتى في القبلة** » ، واعتبر عليه الصلاة والسلام تفضيل ولد على آخر في المعاملة أو الهدايا جَوْر أي ظلم ، يؤدى إلى الحقد والعداوة والغيرة [١] .

وإذا كان الله سبحانه وتعالى قد مَنَّ على أحد أولادنا بالجمال والذكاء أو القوة الجسمية أو حسن الخلق ، فمن الأفضل تجنب الإعجاب بهذه المزايا وتمجيدها أمام إخوانه ، حتى لا يحسدوه عليها ويغيروا منه .

وإذا كانت الأم مقبلة على إنجاب طفل جديد فمن الأفضل أن تهيء طفلها الكبير لاستقبال أخيه ، وتُبصره بأنها تحمل في بطنها أخاً أو أختاً ، وتبين له ضعف هذا المولود ، وحاجته إلى الرعاية ، وفي الوقت نفسه تشجع الكبير على الاعتماد على نفسه والاستقلال عنها .

وإذا حدثت الغيرة فعلاً بين الإخوة فعلى الآباء قبولها واعتبارها سلوكاً سوياً ، ولا يبررونها كمشكلة ، ولا يحقرون أولادهم عليها ، وفي الوقت نفسه يعملون على عدم تنميتها . فإذا كان الطفل الكبير يغير من أخيه الصغير كان على الأم أن تثبت للكبير حبها له واهتمامها به ، وتتجنب الاهتمام الزائد بالرضيع في حضور أخيه الكبير ، ولا تجعل قدوم المولود الجديد سبباً في حرمان الكبير من أى شيء كان يحصل عليه قبل ولادة الصغير .

٥ – الوقاية من تنمية الاستعداد للغيرة في المدرسة : وذلك بتجنب المدرسين أخطاء تفضيل تلميذ على آخر أو مدح تلميذ وذم آخر في الفصل ، أو عقد المقارنات بين التلاميذ ، فهذه المقارنات والمفاضلات مهما كان هدفها لها آثار سلبية كثيرة تؤذى غير المتفوقين ، وقد تؤذى المتفوقين إذا أصابهم الغرور .

---

(١) عن النعمان بن بشير رضي الله عنه قال : أعطاني أبي عطية فقالت أمي عَمْرة بنت رواحة ، لا أرضى حتى تشهد رسول الله ﷺ فأتى أبى رسول الله عليه السلام فقال : إني أعطيت ابني من عَمْرة بنت رواحة عطية فأمرتني أن أشهدك يا رسول الله . قال : « أعطيت سائر ولدك مثل هذا ؟ » قال : لا . فقال النبي ﷺ : « إني لا أشهد على جَوْر . فاتقوا الله واعدلوا بين أولادكم » . قال : فرجع فرد عطيته . (رواه البخارى)

كما أن تفضيل تلميذ على آخر جوْر ، ومقارنة تلميذ بغيره ظلم ، لوجود فروق فردية بينهم لا دخل لهم فيها ، تساعد بعضهم على التفوق ولا تساعد الآخرين . لذا يجب على المدرس أن يمدح التلميذ المجتهد ولا يبالغ في ذلك ، وأن يتجنب ذم وتحقير وإهانة المقصر أمام زملائه في الفصل ، خاصة إذا كان هذا المقصر انطوائياً سريع الانسحاب والاعتراف بالفشل . كما يجب على المدرس أن يكون عادلاً في معاملة تلاميذه فيخصهم جميعاً برعايته ، ويوزع أسئلته وابتساماته ومديحه ودرجاته عليهم بالتساوى . فإن عَدَل المدرس بين تلاميذه ، يشعرهم بالأمن والطمأنينة والتقبل ويقلل المنافسات والصراعات بينهم .

وإذا حدثت الغيرة بين التلاميذ في الفصل فمن الأفضل أن يعتبرها المدرس سلوكاً عادياً ، ويعمل على عدم تنميتها ، فيشعر التلميذ – الذى يشعر بالغيرة – بالأمن والطمأنينة والتقبل ، ويشجعه على النجاح والتفوق في المجالات التي تناسب قدراته حتى يثق في نفسه وفي كفاءته ويطمئن لمن حوله .

التبول اللاإرادى

نعني بالتبول اللاإرادى enuresis ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة وعدم القدرة على التحكم فيها حتى يذهب إلى الحمام ، فإذا تبول في فراشه أثناء نومه سمي تبولاً ليلياً nocturnal wetting وإذا تبول أثناء لعبه أو جلوسه أو وقوفه سمي تبولاً نهارياً diurnal wetting .

ويعتبر تبول الطفل في فراشه أو في ملابسه مشكلة إذا كان عمره الزمني أكبر من خمس سنوات ، وتكرر تبوله مرة أو أكثر كل أسبوع . وعلى هذا لا يعتبر تبول الطفل لا إرادياً حتى سن الخامسة مشكلة ، ولا يعتبر تبليل الطفل بعد الخامسة لفراشه أو تبوله في ملابسه مرات قليلة مشكلة – لأن العرض لم يتكرر – فمن الملاحظ أن بعض تلاميذ الروضة والإبتدائي يتبولون في ملابسهم أحياناً ، لعدم معرفتهم بمكان الحمام أو لخوفهم وخجلهم من استئذان المدرسة أو لانشغالهم باللعب وتأجيلهم الذهاب إلى الحمام حتى آخر لحظة ، ويفلت البول رغماً عنهم . كما قد يتبول بعض التلاميذ في فراشهم صدفة نتيجة حلم مزعج أو بسبب التعب وغلبة النوم ، فإذا لم يتكرر تبولهم لا يعتبر مشكلة (Schaefer, 1979; Kauffman, 1981) .

القدرة على ضبط عمليات المثانة :

من الملاحظ أن الطفل الرضيع لا يستطيع التحكم في مثانته حتى نهاية السنة الأولى من عمره تقريباً ، وهذا ما يجعله لا يحتفظ بالبول لمدة طويلة ، ويفرغه لا إرادياً في ملابسه أو على فراشه . ثم تبدأ عضلاته القابضة تمارس عملها خلال السنة الثانية مما يساعده على الاحتفاظ بالبول لمدة طويلة إلى حد ما ، وتستطيع أمه تنظيم مرات جلوسه على « القصرية » ، وتقليل مرات بواله في ملابسه أو في فراشه .

ويزداد نمو العضلات القابضة في السنة الثانية بدرجة تمكن الطفل من الاحتفاظ بالبول في المثانة ، كما يُمكنّه نمو المثانة والعضلات القابضة من الاحتفاظ بالبول لمدة طويلة بالنهار ، ولا يبلل ملابسه . ومن الملاحظ أن معظم الأطفال في هذا السن لا يطلبون الذهاب إلى الحمام أو الجلوس على القصرية عندما يشعرون بامتلاء المثانة ، وعلى الأمهات تنظيم مواعيد جلوسهم على القصرية[1] حتى تستمر ملابسهم جافة بالنهار ، ولا يبللون فراشهم بالليل .

ويستطيع الطفل في سن الثالثة الافصاح عن حاجته الداخلية ، ويساعده في التعبير عنها زيادة حصيلته اللغوية ونمو عضلته القابضة ، ونضوج مثانته بدرجة تُمكنّه من الاحتفاظ بكمية كبيرة من البول . ويستطيع معظم الأطفال العاديين في نهاية السنة الثالثة طلب القصرية أو الذهاب إلى الحمام ، لكن يلاحظ أنهم لا يطلبون ذلك إلا في آخر لحظة وقد يفلت منهم الزمام ، ويبولون في ملابسهم قبل الذهاب إلى الحمام ، لذا كان على الأم التيقظ لطفلها ، وتلبية طلبه بسرعة ، وإرساله إلى الحمام عندما تلاحظ عليه ما يدل على حاجته للتبول .

وفي سن الرابعة والخامسة من العمر تنضج المثانة والعضلة القابضة وتزداد كفاءتهما ، وينمو الطفل ذهنياً واجتماعياً بالدرجة التي تمكنه من اكتساب السلوك المقبول في تنظيم عمليات الإخراج ، ويستطيع الذهاب إلى الحمام بمفرده ، ويقضي حاجته بدون مساعدة ، أو بمساعدة غير مباشرة .

---

(١) تستطيع الأم تنظيم جلوس طفلها على (القصرية) من سن ١٢ – ١٨ شهرا .

التأخر في ضبط عمليات المثانة :

يعتمد تحكم الطفل في مثانته على نضوجه الجسمي ، وأسلوب أمه في تدريبه على عمليات الإخراج . ومن الصعب تحديد السن الذى يستطيع فيه الطفل العادى ضبط عمليات المثانة ، لكن تشير دراسات تتبعية كثيرة إلى أن معظم الأطفال يستطيعون ضبط عمليات مثاناتهم في سن من ٣ – ٦ سنوات تقريباً ، واعتبر الباحثون أن الطفل الذى يتحكم في عمليات المثانة قبل سن الثالثة اكتسب سلوك ضبط المثانة في سن مبكرة ، أما الطفل الذى لا يتحكم فيها حتى سن السادسة وما بعدها فيعتبر متأخراً ، ويعاني من مشكلة « التبول اللاإرادى » وفي حاجة إلى دراسة أسباب تأخره ، وتزداد خطورة مشكلته كلما كبر سنه .

ويعاني من مشكلة التبول اللاإرادى حوالي من ١٣ ٪ إلى ٢٥ ٪ من أطفال الصف الأول الابتدائي ، وتستمر هذه المشكلة عند ٢ ٪ إلى ٣ ٪ من التلاميذ حتى سن ١٤ سنة تقريباً ، وتبين من بعض الدراسات أن حجم مشكلة التبول اللاإرادى عند الذكور أعلى منها عند الإناث ، حيث بلغت نسبة من يعانون منها من الأولاد ضعف النسبة من البنات (Kauffman, 1981) .

ومعظم حالات التبول اللاإرادى تعاني من تبول ليلي فقد تبين من الدراسات أن حوالي ٧٥ ٪ من الحالات تعاني من تبول ليلي فقط ، و ٢٠ ٪ تعاني من تبول ليلي ونهارى ، و ٥ ٪ تعاني من تبول نهارى فقط (Berg, 1979; Schaefer, 1979) .

أسباب التبول اللاإرادى :

اهتم الإنسان منذ أقدم العصور بدراسة أسباب التبول اللاإرادى وعلاجها ، فقد أشارت الدراسات الانثربولوجية إلى أن الناس عرفوا مشكلة التبول منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة ، واعتقدوا آنذاك أن سببها حلول روح شريرة بأجسام الأطفال ، فضربوهم بقسوة وكووهم بالنار والحديد ، لإرغام هذه الأرواح على الخروج من أجسامهم .

كما أشارت هذه الدراسات إلى أن بعض القبائل البدائية في جنوب أفريقيا تعتقد حتى الآن أن تبول الأطفال لاإرادياً سببه وجود دم فاسد Bad Blood في أجسامهم . ويعالجونهم بفتح ثقب في أعلى الصدغ لفصد هذا الدم .

وساد اعتقاد في القرن التاسع عشر بأن تبول الأطفال سببه ضعف عضوى في المثانة أو أمراض في المسالك البولية والكليتين ، وعالجوها بالأدوية والعقاقير الطبية .

وفي القرن العشرين زاد الاهتمام بهذه المشكلة واعتبرها العلماء مشكلة نفسية جسمية وفسروها بتفسيرات مختلفة منها :

١ - **وراثة التبول اللاإرادى** : يرى بعض الباحثين أن مشكلة التبول اللاإرادى مشكلة وراثية ، واستدلوا على هذا من انتشار المشكلة في أسر الأطفال الذين يعانون منها . ففي دراسة فرارى Frary وجد أن ٣٢ ٪ من آباء و ٢٠ ٪ من أمهات هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من نفس المشكلة وهم صغار ، وأيد كاتر Katter حيث وجد أن ٥٢ ٪ من أسر هؤلاء الأطفال فيها فرد أو أكثر كان يعاني من التبول اللاإرادى في صغره أو لا يزال يعاني منه وقت إجراء البحث .

لكن من الملاحظ أن القول بوراثة التبول اللاإرادى قول ضعيف لأن نتائج دراسة فرارى ليست دقيقة ولا تدل على أثر الوراثة دلالة قاطعة ، لأنه إذا كان ٣٢ ٪ من آباء هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من التبول اللاإرادى فكم من آباء الأطفال الذين لا يبللون فراشهم كانوا يعانون من هذه المشكلة ؟ . كما أن نتائج دراسة كاتر لا تدل على أثر الوراثة فقط بل تدل أيضاً على أثر البيئة في نشأة هذه المشكلة ، فقد تكون أسر الأطفال الذين يبللون فراشهم لا تُحْسن تربيتهم مما أدى إلى انتشار التبول اللاإرادى بينهم . يضاف إلى هذا عدم وجود دليل علمي على أن التبول اللاإرادى ينتقل عن طريق الجينات الوارثية ولا عن طريق جرثومة مرضية . لكن الاحتمال المقبول لتفسير وراثة التبول اللاإرادى هو وراثة بعض الأطفال لخصائص فسيولوجية تؤدى إلى تأخر نضوج المثانة وضعف العضلة القابضة ، وهذا الاحتمال ضعيف ولا توجد أدلة علمية كافية عليه .

٢ - **تفسير التحليل النفسي** : ذهب فرويد إلى أن التبول اللاإرادى عرض نكوصي يدل على ما يعانيه الطفل من صراع نفسي لم يحل ، أو على ما يشعر به من قلق الانفصال عن الوالدين ، خاصة عندما يدرك تحول والديه عنه إلى العناية بأخيه الصغير ، ويعتقد أنه مهدد بفقدان حبهما ، فيبول في فراشه

لجذب انتباههما إليه ، فإذا ما تحقق له هذا الانتباه استمر في تبليل فراشه ليحصل على مزيد من اهتمام ورعاية والديه (Books, 1973) .

كما افترض بعض علماء التحليل النفسي أن التبول اللاإرادى عدوان رمزى ، فالطفل الذى يشعر بقسوة البيئة عليه ولا يجد فيها ما يفرحه ، ويغضب منها ويحقد عليها ويكرهها ويحتقرها ، يبول عليها (Kauffman, 1981) .

وبصفة عامة نلاحظ أن فرويد وغيره من علماء التحليل النفسي قد أبرزوا في تفسيرهم لمشكلة التبول اللاإرادى دور بعض العوامل النفسية والاجتماعية منها : سوء علاقة الطفل بوالديه وإخوته ، وصراعاته النفسية التي لم تحل وإحباطاته ، وهي عوامل تبين من دراسات كثيرة أن لها دوراً كبيراً في نشأة المشكلة وتطورها .

لكن يؤخذ على هذا التفسير أن القول بأن التبول اللاإرادى حيلة نكوصية ، قد يفسر عودة الطفل إلى التبول اللاإرادى بعد أن يكون قد اكتسب القدرة على ضبط المثانة ، لكنه لا يفسر تأخر الطفل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها ، فليس كل تبول لاإرادى نكوصاً ولا عدواناً رمزياً ، فقد يرجع تأخر بعض الأطفال إلى نقص في التدريب الاجتماعي على العادات الأساسية أو يرجع إلى أمراض جسمية .

٣ — **تفسير نظرية التعلم** : يرى أصحاب هذه النظرية أن اكتساب التحكم في عمليات المثانة سلوك متعلم والتأخر في اكتسابه راجع إلى أخطاء في التدريب عليه . فالطفل الذى يفشل في اكتساب ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها ، إما أن يكون والداه قد أهملا في تدريبه أو علموه بطريقة خاطئة (Kauffman, 1981) .

ومن الملاحظ أن هذا التفسير قد أبرز دور إهمال الأسرة في نشأة مشكلة التبول اللاإرادى عند بعض الأطفال ، لكنه لا يصلح في تفسير حالات التبول اللاإرادى التي ترجع إلى تأخر نضوج المثانة والعضلة القابضة ، فالتدريب الكفء لا يفيد في اكتساب السلوك إلا إذا كان الطفل قد نضج جسمياً وعقلياً ، بالدرجة التى تؤهله لتعلم هذا السلوك ، الذى يُعتبر اكتسابه محصلة التفاعل بين النضج والتدريب (أبو علام ، ١٩٨٢) .

كما لا ينطبق تفسير نقص التدريب على حالات التبول اللاإرادى التي ترجع إلى الصراع النفسي والغيرة ، لأن الطفل الذى اكتسب السلوك وتحكم في مثانته ، قد يحدث نكوص وارتداد في سلوكه ، فيبلل فراشه لجذب الإنتباه إليه ، وليس لنقص في تدريبه .

٤ - التفسير باضطراب الشخصية : أشار بعض الأطباء النفسيين والعقليين إلى أن مشكلة التبول اللاإرادى عرض لاضطراب الشخصية ، واعتبروا تأخر الطفل في عمليات المثانة دليلاً على اضطراب شخصيته ، وتأيد افتراضهم في دراسات كثيرة بينت نتائجها أن الطفل الذى يبلل فراشه يعاني من مشاكل نفسية كثيرة ، منها : مص الأصابع وقضم الأظافر ، وأحلام اليقظة والشرود الذهني ، والإنطواء والتهتهة ، والسرقة والعدوان والعناد ، والخوف من أشياء كثيرة والاتكالية (Kauffman, 1981) .

ففي دراسة لبفرلي Beverly وجد أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبللون فراشهم بالعصبية وسرعة الغضب وسرعة البكاء ، وفي دراسة أخرى لجورارد تبين أن معظم هؤلاء الأطفال منطوون على أنفسهم وسلبيون ، يخافون من اللعب النشط ، ولا يؤدون أى عمل بجدية ، وتحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قدراتهم الذهنية (جورارد ، ١٩٧٧) .

ومن الملاحظ أن هذا التفسير قد أبرز علاقة التبول اللاإرادى باضطرابات الشخصية ، وهي علاقة وثيقة ، إذ من النادر أن نجد طفلاً يعاني من التبول اللاإرادى ولا يعاني من مشكلات نفسية أخرى . لكن جانب هذا التفسير الصواب عندما جعل علاقة التبول باضطرابات الشخصية علاقة سببية ، وافترض أن مشكلة التبول نتيجة لهذه الاضطرابات . فهذا الافتراض ليس هو الافتراض الوحيد ، إذ يمكن أن نفترض عكسه ، ونقول : إن التبول اللاإرادى سبب لاضطراب الشخصية وليس نتيجة لها ، فتبول الطفل في فراشه حتى سن متأخر يسبب له مضايقات نفسية واجتماعية كثيرة ، لأنه في كل يوم يجد فراشه مبللاً يشعر بالدونية ، ويحتقر نفسه ، ويشعر بالذنب والقلق ، وتضطرب شخصيته .

وقد يكون التبول اللاإرادى واضطراب الشخصية نتيجتين لعوامل التنشئة الاجتماعية الخاطئة ، فالطفل الذى يشعر بالغيرة من أخيه ، يبلل فراشه ليجذب انتباه والديه للعناية والاهتمام به ، ثم يُواجَه بالعقاب والتحقير والإهانة على تبوله

اللاإرادى ، يشعر بالدونية والقلق ، وتضطرب شخصيته ، وقد يلجأ للعدوان والانتقام أو للانطواء والانكماش ومص الأصابع وغير ذلك .

٥ - **التفسير بعوامل متعددة** : نستشف من مناقشة التفسيرات الأربعة السابقة أن كلا منها أبرز عاملاً واحداً أو أكثر من العوامل التى لها علاقة بمشكلة التبول اللاإرادى ولم يبرز جميع العوامل . وهذا ما يجعل كل تفسير يصلح لتعليل المشكلة عند بعض الأطفال ولا يصلح لتعليلها عند غيرهم .

فسبب المشكلة عند بعض الأطفال عضوى وراثي أو عضوى مرضي ، وعند البعض الآخر الصراع النفسي أو الغيرة ، وعند غيرهم نقص التدريب وأخطاء التنشئة ، وهذا يعني أن التفسيرات الأربعة متكاملة أى تكمل كل منها الأخرى في تفسير هذه المشكلة التى لها أسباب متعددة .

ويتفق علماء النفس والأطباء على مجموعة من الأسباب تؤدى إلى تأخر ضبط عمليات المثانة ، وتسبب مشكلة التبول اللاإرادى عند الأطفال ، منها ما هو جسمي وما هو نفسي وما هو اجتماعي .

(أ) **الأسباب الجسمية** : يرجع التبول اللاإرادى عند عددقليل من الأطفال إلى أسباب جسمية أكثر منها نفسية واجتماعية ، منها عدم كفاءة المثانة bladder - instability والتهاب المسالك البولية والتهابات الكليتين والديدان المعوية ، ومرض السكرى ، والإمساك وسوء الهضم ، والتهابات العمود الفقرى ، ونقص الفيتامينات ، وزيادة حموضة البول وتضخم اللوزتين ، والزوائد الأنفية وغيرها .

ومن الملاحظ أن بعض هذه الأسباب لها علاقة مباشرة بالتبول اللاإرادى ، وبعضها الآخر لها علاقة غير مباشرة في نشأة هذه المشكلة .

(ب) **الأسباب النفسية** : يرجع التبول اللاإرادى عند معظم الحالات إلى عوامل نفسية أكثر منها جسمية . من هذه العوامل الشعور بالغيرة ، والصراعات التي لم تحل ، والإحباط الشديد والشعور بالنقص والدونية ، والشعور بالذنب ، والشعور بعدم الأمن والطمأنينة ، والشعور بالنبذ ، وعدم التقبل من الوالدين والمدرسين ، والشعور بالعداوة والنكوص ، والاضطراب الانفعالي ، وعدم النضوج الاجتماعي وغيرها .

ويعتبر التخلف العقلي من العوامل التي لها علاقة بالتأخر في ضبط عمليات الإخراج عموماً ، وفي ضبط عمليات المثانة بصفة خاصة ، فنسبة من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادى بين المتخلفين عقلياً أكبر منها بين الأطفال العاديين والأذكياء ، وقد يرجع هذا إلى أن المتخلفين عقلياً يعانون من ضعف عام في التحكم العضلي ومن أمراض جسمية ، وتأخر في النمو الانفعالي والنضوج الاجتماعي ، ويعانون من الاحباط وعدم الأمن ، وعدم الثقة في البيئة أكثر منالعاديين والأذكياء .

وهذا يعني أن انخفاض الذكاء ليس سبباً مباشراً للتبول اللاإرادى ، إنما هو سبب غير مباشر ، لا يؤدى إلى التبول اللاإرادى إلا إذا تفاعل مع عوامل جسمية ونفسية واجتماعية لها علاقة بالمشكلة . يؤيد هذا أن بعض حالات التخلف العقلي الخفيف التى لا تعاني من أمراض جسمية أو مشكلات انفعالية ، تتحكم في عمليات المثانة في السن العادى ولا تعاني من مشكلة التبول اللاإرادى . كما أن الدراسات تشير إلى أن متوسط نسب ذكاء الأطفال الذين يعانون من تبول لاإرادى مساو تقريباً لمتوسط ذكاء الأطفال الذين تحكموا في عمليات المثانة في السن العادى . فالتبول اللاإرادى لا يدل على انخفاض مستوى الذكاء ولا يدل انخفاض مستوى الذكاءعلى حتمية التأخر في ضبط عمليات المثانة .

(ج) **الأسباب الاجتماعية** : تعتبر البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها الطفل مسئولة إلى حد كبير عن مشكلة تبوله لاإرادياً . فأخطاء الوالدين والمدرسين وغيرهم من الراشدين المهمين في حياة الأطفال هي التي تؤدى إلى تأخر بعضهم عن التحكم في عمليات المثانة ، وهي التي تؤدى إلى تنمية العوامل النفسية والجسمية التي تسبب التبول اللاإرادى .

ومن أخطاء الوالدين التى تؤدى إلى التبول اللاإرادى بطريقة مباشرة أو غير مباشرة : القسوة في معاملة الطفل ، وحرمانه من العطف والحنان ، مما يجعله يشعر بعدم التقبل ، وعدم الأمن والطمأنينة ، وعدم ثقته في نفسه وفيمن حوله .

ويخطىء الوالدان والمدرسون أيضاً عندما يدللون الطفل ، ويبالغون في تلبية رغباته ، مما يجعله ينمو هشاً ضيعفاً ، متعوداً على الأخذ دون العطاء ، اتكالياً يعتمد على غيره في كل شيء ، لا يقوى على تحمل الإحباط ، ولا يستطيع حل صراعاته إلا بالنكوص والارتداد والتثبيت .

وإثارة الغيرة والمنافسة بين الإخوة أو بين التلاميذ في الفصل خطأ أيضاً لأنها تنمي عندهم الشعور بالغضب والحقد والإحباط والصراع والقلق وغيرها ، مما يجعلهم مهيئين للتبول اللاإرادى كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم ، أو لإثارة الانتباه إليهم .

وإهمال الوالدين في تدريب الطفل على عمليات الإخراج في سن مبكرة ، يؤدى إلى تأخره في اكتساب السلوك المقبول في مواقف الإخراج ، فبعض الأمهات لا تهتم بتدريب طفلها على عمليات الحمام ، ولا تشجعه على اكتساب هذا السلوك ، فينشأ كسولاً غير مبال بتعلمها ، ويبلل فراشه لكسله في الذهاب إلى الحمام ، أو لعدم إدراكه قيمة النظافة والمسئوليات الاجتماعية في هذا الموقف .

وقد يخطىء الوالدان ويعاملان الطفل الذى يبلل فراشه بقسوة مما قد يؤدى إلى تعقيد المشكلة ، ويؤدى إلى استمرارها مدة طويلة . فقد يعاقبان الطفل بغلظة ويشعرانه بالإهانة ، ويشّهران به بين إخوته وزملائه ، ويكويانه بالنار ، مما يفقده الثقة في نفسه وبالآخرين ، ويشعره بالذنب والقلق ، وهي مكونات نفسية سيئة تساعد على استمرار المشكلة ، وقد يبالغ الوالدان في المحافظة على شعور الطفل الذى يبلل فراشه ، ويبدلان له الفراش والملابس في سرية وتكتم شديدين ، وكأن مشكلته من العيوب المخجلة والأفعال المشينة ، فيشعر الطفل بالذنب والدونية والقلق وتتعقد مشكلته .

وقد يعتقد الوالدان أن تأخر طفلهما في التحكم في عمليات المثانة وراثي ، ويدللان على ذلك بتأخر بعض إخوانه أو أقاربه ، فيهملان في علاج المشكلة في الوقت المناسب . كما أن الطفل عندما يسمع هذا التفسير يشعر بأن تبوله لاإرادياً محتوم عليه ، ولا أمل في التخلص منه ، مما يساعد على استمرار المشكلة عنده مدة طويلة .

وتساهم الخلافات الأسرية ، وكثرة الشجار بين الوالدين ، وتهديد الأب للأم بالطلاق وتهديد الأم بترك البيت ، في تأخر نسبة كبيرة من الأطفال في اكتساب العادات الأساسية حتى سن متأخرة . فالطفل الذى يسمع ويرى خلافات والديه وشجارهما ، تهتز ثقته بنفسه ، ويتوقع الحرمان منهما أو من أحدهما ، ويُحس بعدم الأمن والطمأنينة معهما ، ويشعر بالقلق والإحباط والصراع ، ويلجأ إلى النكوص والارتداد والتثبيت في عمليات ضبط المثانة ويظهر التبول اللاإرادى .

العــلاج :

يبدأ علاج الطفل الذى يعاني من مشكلة التبول اللاإرادى بتحويله إلى الفحص الطبي للتحقق من سلامته الجسمية ، وعلاج ما قد يوجد من خلل عضوى . ومن المتوقع تجاوب الطفل مع العلاج الطبي بسرعة إذا كان يعاني من تبول لاإرادى عضوى .

وبالرغم من أن احتمال وجود أسباب عضوية للتبول اللاإرادى احتمال ضعيف ، فمن الضرورى عدم استبعاد هذا الاحتمال إلا بعد الفحص الطبي الدقيق ، لأن العلاج النفسي لا يفيد في علاج الأسباب الجسمية وقد يؤدى إلى تعقد المشكلة وتأخر الشفاء .

وبعد التأكد من سلامة الطفل جسمياً تعالج مشكلته على أنها حالة « تبول لاإرادى غير عضوى » أو « تبول لاإرادى وظيفي » باستخدام العلاج النفسي ، الذى يهدف إلى تبصير الطفل بمشكلته ، وتحسين الظروف البيئية التى يعيش فيها ، وتوفير الظروف المناسبة لتدريبه على ضبط عمليات المثانة .

ومن أساليب العلاج النفسي التي تستخدم في علاج حالات التبول اللاإرادى الآتي :

١ - **العلاج بالاستبصار** : يقوم على أساس تبصير الطفل[١] بمشكلته وأسبابها ، وتبصيره بصراعاته النفسية ، حتى يستطيع حل الصراعات ، ومواجهة الإحباط والمخاوف بأساليب مباشرة .

ويعمل المعالج النفسي على تبصير الطفل بقدراته وميوله ، وتشجيعه على تنميتها وعلى النجاح والتفوق حتى يشعر بالكفاءة والثقة في النفس ، وتتحسن علاقاته بنفسه وبالآخرين . ويسعى المعالج أيضاً إلى تنمية دوافع الطفل لاكتساب السلوك المقبول في عمليات الإخراج ، وغرس الثقة فيه بإمكانية تخلصه من هذه المشكلة ، حتى يقبل على العلاج ويستمر فيه .

---

(١) يدخل العلاج بالاستبصار في جميع أساليب العلاج النفسي ، ويعتبر استبصار المريض بمشكلته وأسبابها واجراءات علاجها من الأهداف الرئيسية في العلاج بالتحليل النفسي والعلاج المتمركز حول العميل والعلاج الجشتالتي ، وقد ناقشنا هذه الأساليب في الفصل الرابع .

كما يوجه المعالج عنايته إلى البيئة التي يعيش فيها الطفل ، ويعمل على تحسين علاقة الطفل بوالديه ومدرسيه وإخوانه وزملائه ، وذلك عن طريق تبصير الوالدين – وغيرهما من الراشدين المهمين في حياة الطفل – بالمشكلة وأسبابها ، وبمسئولياتهما في العلاج ، حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة معهما وبالتقبل منهما ، ويدرك مكانته وكفاءته ، فيشعر بالجدارة وتخف عنه مشاعر القلق والذنب والعداوة .

٢ – **العلاج السلوكي** : يقوم العلاج السلوكي على أساس أن الطفل اكتسب مشكلة « التبول اللاإرادى غير العضوى » لعدم تدريبه التدريب الصحيح على عمليات الإخراج . ويهدف هذا العلاج إلى إعادة تربية الطفل الذى يبلل فراشه ، وتدريبه بطريقة صحيحة على ضبط عمليات المثانة حتى يقدر عليه ، ويكتسب السلوك المقبول .

ويعتبر العلاج السلوكي من الأساليب الجيدة في علاج التبول اللاإرادى ، فقد نجح في علاج كثير من الأطفال ، بجهد قليل ، ووقت قصير . يضاف إلى هذا أنه من الأساليب العلاجية التى ليس لها آثار جانبية سيئية ، بل على العكس من ذلك قد تؤدى إعاة تربية الطفل وتدريبه على عمليات المثانة إلى تحسين سلوكه في مجالات كثيرة (Books, 1973) .

ويتبع في العلاج السلوكي لحالات التبول اللاإرادى عدة طرق من أهمها طريقة التعليم الشرطي الكلاسيكي ، وطريقة التعلم الإجرائي ، ونتناول هاتين الطريقتين بشيء من التفصيل :

(أ) **التعلم الشرطي** : بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومورر Mowrer & Mowrer بعلاج حالات التبول اللاإرادى بمنهج أطلق عليه جرس السرير Bell-Pad Techniqe وهو عبارة عن جهاز عازل كهربائي يتصل به جرس كهربائي . توضع الرقاقتان المعدنيتان على سرير الطفل ، فإذا بال اتصل التيار الكهربائي ودوّى صوت الجرس الذى يوقظ الطفل . وبتكرار هذه العملية عدة مرات ، يستيقظ الطفل بمجرد ضغط البول في المثانة ويذهب إلى الحمام .

وقد تبين من استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنة – حتى الآن – نجاحها في علاج من ٧٠ ٪ إلى ٩٠ ٪ من حالات التبول اللاإرادى (Kauffman, 1981) . ويشترط لتحقيق هذا النجاح عدم وجود أسباب عضوية لمشكلة التبول ، وتوفر الرغبة عند الطفل لتعلم ضبط عمليات المثانة واكتساب السلوك المقبول اجتماعياً .

(ب) **التعلم الإجرائي** : استخدمت طريقة سكنر في التعلم الإجرائي من حوالي سنة ١٩٥٠ في علاج حالات التبول اللاإرادى ، وأطلق كيمل وكيمل Kimmel & Kimmel على هذه الطريقة طريقة التعزيز الإيجابي Positive Rinforcement - Technique تقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز استجاباته الناجحة ، وعدم تعزيز استجاباته غير الناجحة ، حتى يتعلم الطفل السلوك المقبول في مواقف الإخراج وتختفي مشكلة التبول اللاإرادى (Books, 1973) .

وقد نجحت هذه الطريقة في علاج كثير من حالات التبول اللاإرادى غير العضوي ، واستخدم في تعزيز سلوكها التعزيز المادي والتعزيز الاجتماعي باستمرار ، ثم قلّت مرات التعزيز تدريجياً إلى أن اكتسب الطفل السلوك وتخلص من المشكلة .

وتعتبر طريقة التعزيز الإيجابي أفضل من طريقة جرس السرير ، لأنها تقوم على أساس وعي الطفل بمشكلته ، وتهيئة الظروف المناسبة لتخلصه منها ، فيطلب منه التقليل من شرب السوائل ليلاً ، ويعزز سلوكه في الذهاب إلى الحمام ، ويُحَث على النظافة في بدنه وملابسه ، ويُشَجع على الاهتمام بمظهره وهندامه ، وتعزز هذه الاستجابات عنده ، مما يؤدى من ناحية إلى تخليصه من مشكلة التبول اللاإرادى ، ويؤدى من ناحية أخرى إلى تنمية ثقته بنفسه ، وإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية في الأمن والحب والتقدير والاستحسان مما يساعد على نمو شخصيته .

ومن الحالات التى نجح التعزيز الإيجابي في تخليصها من مشكلة التبول اللاإرادى غير العضوى طفل عمره ١١ سنة ، وذكاؤه ٧٥ درجة ، كان يبلل فراشه ليلياً . وتلخصت خطة علاجه في امتناعه عن شرب السوائل بعد الساعة السادسة مساءً ، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة ، وإبلاغ

مدرسته التي كانت تتابع حالته ، وتلصق له نجمة في كراسة المتابعة كلما وجدته نظيفاً طيب الرائحة عند حضوره في الصباح وعندما تلقاه بين الحصص وفي فترات الراحة . فإذا مر اليوم دون أن يوسخ ملابسه منحته لعبة أو قطعة من الحلوى . واستمر تعزيزها لمدة ١٥ يوماً ، فوجدت أنه حافظ على نفسه نظيفاً ولم يبلل ملابسه أو فراشه لمدة ١٣ يوماً ، لكن عندما أوقفت التعزيز لمدة ١٥ يوماً أخرى وجدت أن الطفل بلل فراشه ١١ يوماً ، ولم تره نظيفاً إلا أربعة أيام فقط ، فعادت إلى برنامج التعزيز الذى استمر ستة أشهر ، تابعت فيها مرات تبليل فراشه أسبوعياً ، فوجدت أنها أخذت تقل تدريجياً إلى أن توقف الطفل تماماً عن تبليل فراشه لمدة خمسة أسابيع متتالية ، وتخلص من مشكلة التبول اللاإرادى . (George et al., 1977)

وساعد التعزيز على تخليص أختين من مشكلة التبول اللاإرادى ، عمر الأولى ٨ سنوات والثانية ١١ سنة ، وكانت خطة العلاج تقليل تناول الطفلتين شرب السوائل بعد الساعة السادسة مساءً ، والذهاب إلى الحمام ، وتسجيل تبليل فراشهما وإبلاغ مدرستهما يومياً بحالتهما ، فتكافئهما على عدم تبليل فراشهما ، ولا تعاقبهما على التبليل ، وتعاقبهما إذا أهملتا في التسجيل بخصم جزء بسيط من مصروفهما اليومي ، وبخصم جزء أكبر إذا هما سجلتا غير الحقيقة . واستمرت المتابعة لمدة ٢٠ أسبوعاً ، فوجدت المدرسة أن مرات تبليل الطفلتين لفراشهما أخذت تقل تدريجياً إلى أن توقف تماماً لمدة ثلاثة أسابيع متتالية (Allgeier, 1976) .

ومن الملاحظ أن نجاح طريقة التعزيز الإيجابي يعتمد على رغبة الطفل في التخلص من مشكلته ، وتعاون أسرته مع المعالج وتجاوبها مع خطة العلاج .

الفصـــل الســـادس

بعض المشـكلات التربويـة والسلوكيـة[*]

- التخلف العقلى .
- الطفل بطىء التعلم .
- الإدمـــان .
- التدخين .
- الشخصية السيكوباتية .

---

[*] هذا الفصل من إعداد الدكتور محمد عودة .

تمهيد

يهدف هذا الفصل إلى مناقشة مجموعة من المشكلات تؤثر بشكل أو بآخر على الصحة النفسية للفرد ، سواء أتواجد في الأسرة أو على مقاعد الدرس في المدارس أو المعاهد أو الجامعات ، أو في أماكن العمل كموظف أو عامل فى الصناعة أو فى الزراعة . ابنا كان أو أبا . بل إن خطورة هذه المشكلات لا تقف عند حد الفرد الذى يعانيها إنما تتعداه إلى المحيطين به سواء في الأسرة أو في المدرسة أو في المؤسسة أوفي المجتمع .

وستشمل هذه المجموعة من المشكلات كلا من : التخلف العقلي ، البطء في التعلم ، الإدمان ، التدخين ، وأخيراً الشخصية السيكوباتية ، وقد خصصنا هذا الفصل لهذا النوع من المشكلات نظرا لأنها لا تصنف في إطار الاضطرابات النفسية والعقلية ، إنما هي مشكلات تربوية وسلوكية .

وسنحرص على تعريف القارىء بهذه المشكلات ، من خلال تعريفنا لها ، وتشخيصنا لأعراضها ، ثم تحديد العوامل التى تساهم في إحداثها . ومدى ما تتركه من آثار على صحة الفرد النفسية ، وما تتسبب فيه من متاعب نفسية واجتماعية سواء للأسرة أو للمدرسة أو للمجتمع . لنصل من كل هذا إلى تقديم بعض الاجراءات الوقائية والخطوات العلاجية التى نأمل أن تساهم في التخفيف من حجم انتشار تلك المشكلات وتقديم العون لمن يعانيها .

التخلف العقلى
Mental Retaration

التخلف العقلي من أشد مشكلات الطفولة خطورة ، نظرا لما يتركه من جروح نفسية عميقة لدى الآباء والأمهات والإخوة والأخوات وكل من له علاقة بهذا الطفل من قريب أو من بعيد .

وباختفاء النظرة إلى هذه المشكلة باعتبارها وصمة Stigma في جبين الأسرة صار ينظر إليها باعتبارها مرض Disease كمرض السكرى ، واضطرابات القلب .. الخ (Levinson, 1975) وأصبحت تدرس من أكثر من جهة ، فهي مشكلة طبية تتحدى بشكل خاص أطباء الأعصاب (النيورلوجيين) . كما أنها مشكلة وراثية أثارت اهتمام علماء الوراثة . وهي مشكلة نفسية تناولها علماء النفس سواء من حيث مظاهرها وآثارها المعرفية أو الانفعالية أو السلوكية . كما أنها تربوية واجتماعية وقانونية أيضا .

ويهمنا بشكل خاص أن نتناولها في علاقتها بالصحة النفسية لصاحبها ولأفراد أسرته . وأن نتعرف على آثارها السلبية التى تتركها على قدرات الطفل المعرفية وما تحدثه لديه من اضطرابات انفعالية ، ومدى إعاقته من تحقيق التوافق الناجح سواء مع ذاته أو مع بيئته . من جهة أخرى يهمنا أن نتعرف على الآثار التى تتركها على الحالة الوجدانية لأفراد أسرة الطفل المتخلف ، ثم ما الذى نستطيع أن نقدمه لكل هؤلاء من أجل مساعدتهم على مواجهة كل هذه الآثار وتمكينهم من التوافق الناجح مع هذه المشكلة .

وما دام الأمر كذلك فلن نقف طويلا عند تعدد المصطلحات إذ يكفي أن نشير إلى التصنيف الذى قدمته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام ١٩٧٣[1] ويشمل : (Riggar & Riggar, 1980, p.10).

(أ) التخلف العقلي القابل للتعلم (نسبة ذكائه ما بين ٥٠ ، ٧٠) .

Educable Mentally handicapped (EMH) .

---

(١) للاطلاع على تصانيف أخرى يمكن للقارىء الرجوع إلى : Oliver p . Kolstoe , Mental Retardation, an educational view point , Rinhart and Winston . Inc , 1972 , p . 63 .

- Telford . C . W ., The exceptional Individual, 4th ed . Prentice - Hall , Inc . New Jersey , 81 .

— مرسي (كمال إبراهيم) **الطفل غير العادى من الناحية الذهنية** ، دار النهضة العربية — القاهرة ، ص ٢٨ — ٣٦ .

(ب) التخلف العقلي القابل للتدريب (نسبة ذكائه ما بين ٣٥ ، ٥٠) .

Trainable Mentally handicapped (TMH) .

(جـ) التخلف العقلي الشديد تكون نسبة الذكاء فيه أقل من ٣٥

Severe Mentally handicapped

(Levinson, 1975. p. 58)

وسنتناول مشكلة التخلف العقلي وفقا للترتيب التالي :

- تعريف المشكلة وتشخيصها .
- أسبابها .
- التخلف العقلي والصحة النفسية .
- الوقاية والرعاية .

تعريف المشكلة وتشخيصها :

يشير مصطلح التخلف العقلي إلى الانخفاض الكبير في القدرة العقلية العامة مقرونا بعجز في السلوك التوافقي . ويتبدى هذان العرضان في الغالب في مرحلة ما قبل اكتمال النمو :

" Mental retordation refers to significantly sub - average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior, and manifested during the developmental period." (1) (Telford, 1981, p. 248) .

يحدد هذا التعريف الشروط التي لابد من توفرها ، ليحتسب صاحبها في عداد المتخلفين عقليا : الأول أن ينخفض مستوى قدرته العقلية العامة كما تحددها اختبارات الذكاء عن ٧٠ . والثاني : تأخر اكتسابه للسلوكات التوافقية مثل المهارات الحركية : كالجلوس ، الوقوف ، المشي ، الكلام ، ومهارات الاتصال ،

---

(١) هذا هو نص التعريف الذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي .

كالتحدث والاستماع والقراءة والكتابة ، وكذلك السلوك المقبول لاشباع الحاجات الجسمية ، وتكوين أصدقاء واللعب معهم ، وأداء الواجبات الأسرية .. الخ (Grossman,) والشرط الثالث أن التخلف العقلي يظهر فيما قبل اكتمال نمو الفرد . ويذهب البعض إلى تحديد مرحلتي الطفولة المبكرة والمتوسطة لظهور هذه المشكلة . ويندر ظهورها بعد سن الثانية عشرة (مرسي ، ص ٢٦) .

وهناك عدد من التساؤلات التى لابد من الإجابة عليها : هل التخلف العقلي هو نفسه التدهور العقلي Mental deterioation بالتالى يصبح المتخلف عقليا في عداد مرضى العقل أو المضطربين عقليا ؟ هل التخلف العقلي مرادف للاضطراب النفسي بالتالي يكون صاحبه مريضا نفسيا ؟ هل التخلف العقلي والصرع Epilebsy[1] شيء واحد ؟ .

من المؤكد أن التخلف العقلي يختلف عن التدهور العقلي ، فالأول يظهر مبكرا جدا وغالبا ما تحدده عوامل وراثية أو حوادث عند الميلاد . في حين أن التدهور العقلي يصيب كل الأعمار ، وينتج عن الإصابات والاضطرابات العقلية . كما أن التخلف العقلي مغاير أيضا للاضطراب النفسى . فالتوتر والضيق والقلق سمات قارة للثانى ولكنها ليست كذلك بالنسبة للأول ، كماأن المسئولية تنتفي عن المتخلف عقليا تخلفاً حاداً في حين أنها باقية للمضطرب نفسيا .. وأن الاضطراب النفسي يمس مختلف الأعمار بخلاف التخلف العقلي الذى يقتصر على مرحلة الطفولة فقط . وبالمثل فإن الصرع يختلف تماما عن التخلف العقلي وإن تشابه معه أحيانا في بعض الأعراض ومنها انخفاض القدرة العقلية العامة ، إلا أن صاحبه قادر على اكتساب سلوكات توافقية . ويمكن أن يمس الصرع أفرادا من أعمار لا يمسهم فيه التخلف العقلي .

وهكذا ينفرد التخلف العقلي عن الاضطراب العقلي والنفسي والصرع من حيث إنه : انخفاض في القدرة العقلية العامة وتأخر في اكتساب السلوكات التوافقية ويظهر في ما قبل الثانية عشرة بوجه عام .

---

(١) الصرع عبارة عن اضطراب في خروج الطاقة الكهربائية الكيميائية من المخ ، وتشخص برسام المخ الكهربائي ، ومن أعراضها الدوخة وضيق في التنفس ، التشنج والغيبوبة المفاجئة مما يعرض صاحبها للأخطار .

وعليه فإن الكشف عن حالات التخلف العقلي وتشخيصه يتطلب أكثر من أداة : فاختبارات الذكاء[٢] تحدد القدرة العقلية العامة ، واختبارات التوافق والشخصية[٣] تكشف عن مدى نجاح الفرد في اكتساب السلوكات التوافقية . كما أن مقارنة نمو الطفل المتخلف بنمو الطفل العادى يمكن أن تكشف عن أوجه القصور لدى الطفل المتخلف . فعلى سبيل المثال تبين دراسات النمو أن الطفل العادى قادر على :

- أداء الأفعال المنعكسة كالبلع والمص والعطس وشد الإصبع ، (عند الميلاد) .
- النظر للأشياء ، رفع الرأس ، تمييز والديه وخاصة الأم (شهرين أو ثلاثة) .
- يجلس بدون مساعدة ، ويلعب بألعابه في الشهر السادس ، ينطق ماما وبابا في الشهر العاشر أو الحادى عشر .
- يسمى بعض الأشياء ويشير إلى ثلاثة أجزاء من جسمه في الشهر الثامن عشر .
- يكون جملة بسيطة ، يستمع للحكايات ، يميز بين الصور في سن سنتين .
- يكون جملاً قصيرة ، يشارك في لعبة بسيطة ، يستخدم القلم في سن ثلاث سنوات .
- يستخدم المقص ، يعد إلى عشرة ، تزداد مفرداته اللغوية في سن أربع سنوات .
- يعد ثلاثة أو أربعة أشياء ، يقلد الرسومات ، يحادث الكبار في سن خمس سنوات .
- يذهب للمدرسة ، يبدأ تعلم القراءة والكتابة في سن ست سنوات .

---

(٢) من اختبارات الذكاء التى تستعمل حاليا فى الكويت : لوحة الأشكال لسيجان وكسلر بلفيو للأطفال ، رسم الرجل لجوانف ، اختبار الذكاء اللغوى .

(٣) من الأمثلة على هذه الاختبارات : مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي ، مقياس كاتل ، مقياس الشخصية الثلاثي ... الخ .

إن أى انحراف عن ظواهر النمو العادية يمكن أن يكون مؤشرا دالا على احتمال وجود انخفاض في القدرة العقلية العامة للطفل .

كما أن هناك أنماطا من التخلف العقلي الحاد الذي يحتاج أصحابه إلى رعاية خاصة يمكن اكتشافها عند الميلاد مباشرة . وذلك نظرا لما تتصف به من خصائص لا تخطئها العين . فالطفل الذى يولد بعينين منحرفتين ورقبة غليظة وأصابع قصيرة وخطوط مستقيمة في باطن الكف في الغالب ما يكون هذا الطفل متخلفا عقليا من النمط المنغولي .. كذلك تضخم الرأس hydrocephalus أو صغره كثيرا (Microcephalus) من العلامات الدالة على التخلف العقلي .

وقد تلزم بعض الفحوصات الطبية للكشف على أسباب التخلف العقلي ، خاصة فحص الجهاز العصبي الذى يقوم به أخصائي في الأعصاب Neuorologist وبعض الفحوص المخبرية والتى تشمل فحص البول ، واضطرابات الغدة الدرقية والأشعة ورسم الدماغ ، وتحليل الدم .. الخ . ثم فحص العينين والأذنين واستشارة أخصائي أمراض الكلام .

وهكذا يتعاون فريق عمل متكامل يشمل الأخصائي النفسي والاجتماعي والطبيب وأخصائي أمراض الكلام ، والسمع والبصر وكذلك المدرس في تشخيص ظاهرة التخلف العقلي (Kolstre., 1972) فلماذا كل هذا التشدد في تشخيص هذه الظاهرة ؟ .

إن تحرى الدقة في التشخيص يفرضه أكثر من اعتبار واحد . فالقرار الذى يتخذه فريق العمل إنما يتحدد بموجبه مصير الطفل ومستقبله . فقد يوصى بإيداعه في دار للرعاية ، أو في مؤسسات تدريسية تعده لمهنة بسيطة أو في فصول دراسية خاصة . وقد يترتب على هذا القرار الحجر على الفرد وعلى أمواله وإقامة وصي عليه يرعى شئونه ، وحرمانه من حقوقه السياسية والشخصية . ناهيك عما تعانيه الأسرة من خيبة الأمل وإحساس بالفشل ومعاناة لعقدة الذنب ، واضطراب لشئونها وأحوالها النفسية والاجتماعية . لكل هذا يجب توخي الدقة والحذر في إصدار القرار فقد ثبت أن الخطأ ممكن في عملية التشخيص وأن الظواهر قد تنخدع أحيانا فقد يكون التخلف كاذبا ، وقد يختلط الأمر فنمزج بين التخلف والصرع مثلا أو بين التخلف والبطء في التعلم .. الخ .

وفي نهاية حديثنا عن تشخيص التخلف العقلي نورد فيمايلي بعض خصائص الأطفال الذين يعانون هذه المشكلة (Riggar , Riggar 1980 ,P5) .

- قدرته المحدودة على تكوين المفاهيم المجردة .
- قدرته المحدودة على أداء العمليات الفكرية .
- قدرته المحدودة على التركيز .
- محدودية قدرته على اتخاذ الحيطة والحذر .
- محدودية قدرته على استبصار العلاقة بين الأهداف ووسائلها .
- محدودية قدرته على العناية بنفسه .
- محدودية قدرته على العيش في جماعة .
- عدم قدرته على العيش مستقلا عن الآخرين .
- محدودية دافعيته نحو ممارسة عمل .
- محدودية قدرته على الاستفادة من برامج التدريب .
- محدودية التزامه بالقيم والعادات والتقاليد .

وحرى بنا أن نتذكر هنا الفروق الفردية بين الأفراد المتخلفين عقليا . فالخصائص التي ذكرناها تتنوع من فرد إلى آخر ، وعليه تتنوع درجات التخلف العقلي .

أسباب التخلف العقلي :

التخلف العقلي مشكلة معقدة يساهم في إحداثها عوامل كثيرة ، لدرجة أن بعضهم يذهب إلى وجود أكثر من مائتي سبب لها ، في حين يشير البعض الآخر إلى أن حالات التخلف العقلي باتت أسبابها معروفة لا تتجاوز ١٥ ٪ فقط .

وفي عام ١٩٥٩ أصدرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قائمة بالأسباب التى باتت معروفة . واستمرت بعد ذلك الأبحاث حتى صار بالإمكان الإشارة إلى مجموعة متفق عليها في الأوساط العلمية وفيما يلي أهم تلك الأسباب :

١ - أسباب ما قبل الولادة PrenataLCauses

(أ) صحة الأم الحامل تؤثر على الصحة العقلية للجنين : فاضطرابات الكلى يؤدى إلى ارتفاع ضغط الدم وهذا يؤدى إلى التبكير في ولادة الجنين ، وإلى معاناته لاضطرابات نيورولوجية . كما أن تعاطي الأم للمخدرات والخمور والحبوب النفسية يؤثر على صحة الجنين الجسمية والنفسية والعقلية . وقد أثبتت دراسة لجونز وزملائه (Jones, 1946) أن ٤٠ ٪ من الأمهات الكحوليات أنجبن أطفالا متخلفين عقليا .

(ب) العامل الريزيسي Rh. Factor : كشفت البحوث الحديثة عن وجود علاقة بين التخلف العقلي وتنافر العامل الريزسي لدى الأم وجنينها . فعندما يكون هذا العامل لدى الأم سالبا ، ولدى الجنين موجبا ، لا تتوافق فصيلة دم الجنين مع فصيلة دم الأم ، وينتج عن اتصالهما تكون أجسام مضادة في دم الأم تنتقل إلى الجنين وتقضي على كرات الدم الحمراء لديه وغالبا ما تؤدى هذه الحالة إلى وفاة الجنين بعد فترة قصيرة من ولادته أو إلى تدمير خلايا الدماغ ، إلا أن الوسائل الحديثة المتوفرة لدى الأطباء والتي تمكنهم من تبديل دم الجنين تساعد على إنقاذ بعض الحالات من الموت وفي بعض الحالات يمكن حماية جهازه العصبي . (Koch, 1975) .

(ج) الحالة الانفعالية للمرأة الحامل : أثبت بحث أجرى مؤخراً في الولايات المتحدة الأمريكية على ٤٠٠٠٠ امرأة حامل أن الحالة الانفعالية للمرأة الحامل من العوامل التى تؤثر على المستوى العقلي للجنين (Levinson, 1975, p.43) .

(د) الأشعة : إن تعرض المرأة الحامل خاصة في الشهور الأولى للحمل إلى أشعة إكس يمكن أ ن يتسبب في إحداث اضطرابات في دماغ الجنين .

(هـ) الخطأ الكروموزومي :[1] أثناء انقسام الخلية الأولى يمكن أن يقع خطأ كروموزومي يؤدى بالتالي إلى اضطرابات بيوكيميائية تؤثر على عملية التمثيل

---

(١) الخطأ الكروموزومي قد ينشأ عن فشل الكروموزومات الجنسية في الانقسام ، أو من فشل الكروموزوم الذاتي رقم (٢١) في الانقسام . وفي الحالة الأخيرة تنتج حالة التخلف العقلي المعروف باسم المنغولية .

الغذائي للخلية . وقد تؤدى إلى موت الجنين . وفي حالة بقائه حيا يمكن أن يتشوه ويصاب بالتخلف العقلي المعروف باسم « المنغولية » .

٢ - أسباب تتصل بالولادة : Natal Causes

(أ) **نقص الأكسجين في الدماغ** Brain Anovia : اثناء الولادة يمكن أن يؤدى إلى موت خلايا الدماغ ، مما يؤدى إلى ظهور أعراض Symptoms التخلف العقلي . إن نقص الأكسجين هذا ينتج عن خلل وظيفي في الرئتين نتيجة لاعاقات معينة في مجرى التنفس لدى الطفل .

(ب) **نزيف الدماغ** : تعرض رأس الطفل لأية كدمة يمكن أن يؤدى إلى التخلف العقلي ، سواء تلك الكدمة نتيجة لكبر حجم رأس الطفل وضيق قناة الولادة لدى المرأة ، أو نتيجة لخطأ المشرف على عملية الولادة .

(جـ) **الولادة المبكرة** : عندما يولد الطفل قبل أوانه تكون أوعية الدم في دماغه رقيقة جدا . مما يجعل الجهاز العصبي لديه ضعيفا جدا يتأثربأى أذى خارجى .

٣ - أسباب بعد الولادة : Postnatal Causes

(أ) **اضطرابات الغدة الدرقية لدى الطفل : يمكن أن تؤدى إلى التخلف العقلي الحاد المعروف باسم القصاع** Cretinism .

(ب) **التهاب الدماغ Encephalities** : إن تعرض الطفل للالتهاب الدماغ إبان الطفولة المبكرة أو المتوسطة يمكن أن ينجم عنه بعض حالات التخلف العقلي .

(جـ) **التسمم الكيماوي Chemical Poising** : كان أول من أشار إلى التسمم بالرصاص لدى عمال الطباعة هو بنجامين فرانكلين ، وقد ثبت حديثا أن تعرض الأطفال لهذا النوع من التسمم يمكن أن يؤدى إلى حالات من التخلف العقلي .

ونود أن نشير إلى أن قائمة الأسباب التى ذكرتها الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي لم تشر إلى العامل الوراثى كسبب من أسباب التخلف العقلى . وترك هذا الموضوع للأبحاث المستقبلية لاثباته أو نفيه . كما أنها أشارت إلى تلك الحالات التى لم يكتشف سبب تخلفها وأطلقت عليها اسم التخلف الثقافي – العائلي – .Cultural-familial retaration وهو مصطلح وصفي أكثر منه إلى العلة ذاتها .

(د) **سوء التغذية** : تشير بعض الدراسات إلى أن نقص فيتامينات ب ١ ، ب ٢ ، ب ٣ يؤدي إلى البلاجرا والتخلف العقلي . كما أن نقص اليود ونقص الحديد يؤثر على النمو الذهني للطفل مما قد يؤدي به إلى التخلف العقلي .

(هـ) **الحوادث** : قد تؤدي حوادث السيارات أو السقوط من علٍ أو الارتطام بجسم صلب إلى إيذاء خلايا الجهاز العصبي مما قد يتسبب في ظهور التخلف العقلي أو الشلل أو الصمم والعمى .

الوقاية :

من الممكن تلافي حدوث حالات التخلف العقلي بمراعاة الشروط التالية :

١ – العناية بصحة الأم الحامل الجسمية والاهتمام بتغذيتها ، ومراجعتها المستمرة لطبيبها إبان فترة الحمل .

٢ – ابتعاد الأم الحامل عن تناول الكحول والمخدرات والحبوب النفسية إبان فترة الحمل .

٣ – حماية الأم الحامل من الاضطرابات النفسية وتوفير الجو الهادىء الخالي من المشاحنات والمشاكل .

٤ – إجراء الفحوصات الطبية اللازمة لتحديد فصيلة دم كل من الأب والأم وكذلك الأم والجنين للكشف عن وجود التنافر في العامل الريزيسي بينهما .

٥ – توفير شروط الولادة السليمة بفضل العناية الطبية المطلوبة حتى لا يتعرض الطفل أثناء خروجه من بطن أمه إلى أية كدمات .

٦ – الحرص على ألا يلعب الطفل بأدوات يمكن أن تسبب تسمم كيماوى خاصة تلك التى تحتوى على مادة الرصاص .

٧ – توفير الرعاية الطبية المبكرة للولادات المبكرة (الخداج) وحمايتهم من أى مؤثرات خارجية قد تضر جهازهم العصبي .

٨ – تبديل دم الجنين في حالة ثبوت وجود تنافر في العامل الريزيسي بينه وبين أمه (الأم -Rh والجنين +Rh) .

٩ – العلاج الطبي السريع لحالات التهاب الدماغ أو التسمم الكيماوى .

١٠ – علاج اضطرابات الغدد خاصة الغدة الدرقية .

١١ – تزويد الوليد بالأكسجين اللازم فور ولادته لحماية خلايا دماغه من التلف .

الرعاية :

تتوجه الرعاية نحو أولئك الذين لم تستطع الاجراءات الوقائية حمايتهم من التخلف العقلي ، ولاشك أن نوعية الرعاية المطلوبة تختلف تبعا لدرجة ذلك التخلف ، فإذا كان التخلف عميقا Severe فلابد من توفير الرعاية الطبية[1] لصاحبه ، وحمايته من الأخطار ، وتوفير الأغذية المناسبة ، ومساعدته في قضاء حاجاته البيولوجية ، سواء أتواجد المتخلف في الأسرة أم في مؤسسات الرعاية الاجتماعية .

أما الأنواع الأخرى من التخلف العقلي فيمكن أن نوفر لهم التالي :

١ – إتاحة الفرصة للتدرب على المهن البسيطة .

٢ – إتاحة الفرصة لنوع من التعلم والقراءة والكتابة والحساب .

٣ – الرعاية الصحية اللازمة .

٤ – إتاحة الفرصة لهم لتكوين صداقات والعيش في المجتمع .

٥ – توفير الأنشطة لهم المناسبة لقضاء وقت الفراغ .

٦ – إقناعهم بقبول بما قسم لهم وتخليصهم من مركب النقص .

٧ – الرعاية الطبية اللازمة في علاج بعض الاضطرابات الكلامية أو البصرية أو السمعية .

٨ – توفير الجو الأسرى الذى يشيع في جنباته الدفء والحنان والعطف والقبول والتفهم لحاجات مثل هذه الحالات ، وهذا لا يأتي ما لم يتوفر نوع من الإرشاد الأسرى الذى يهتم بالجوانب التالية :

● تخليص الأسرة من عقدة الاحساس بالذنب ومركب النقص والنظر إلى حادثة التخلف العقلي باعتبارها وصمة أو عار ، أو عقاب إلهي .

● تزويد الأسرة بالثقافة اللازمة لتفهم أسباب حالة التخلف العقلي ، وكيف أن هناك حالات لا خيار لنا في حدوثها . وأن علينا أن نتقبل ما كتب لنا وقدر علينا .

● إفهام الأسرة كيفية التعامل مع الطفل المتخلف ، حيث يكون تعاملا عاديا خال من العطف الزائد أو الدلال أو النبذ .

● ضرورة اتاحة الفرصة للطفل المتخلف للاختلاط بغيره من الأطفال العاديين وألا يعزل في غرفة خاصة بدعوى الخجل من تصرفاته وأفعاله .

٩ – توفير الرعاية النفسية اللازمة لهؤلاء الأطفال ببناء علاقة طيبة معهم وإعادة الروابط بينهم وبين المجتمع ، وإزالة مخاوفهم وغرس الثقة في نفوسهم وتبصيرهم بقدراتهم وتنمية شعورهم بالمسئولية نحو الآخرين ... الخ .

١٠ – تدريبات خاصة لتنمية قدرات الطفل الإدراكية وكفاءة عملياته الفكرية وأخيراً لابد أن نشير إلى أن رعاية المتخلفين عقلياً حق لهم وواجب على الأسرة والدولة .

التخلف العقلي والصحة النفسية :

من خلال الأعراض التى قدمناها لهذه الظاهرة ، ومن خلال عرضنا للعوامل التى تساهم في إحداث حالات التخلف العقلي . يمكننا أن نلمح العلاقة بين الصحة النفسية لكل من الأم الحامل وجنينها ، وبين الصحة النفسية للطفل ومشكلة التخلف العقلي التى يعانيها . وكذلك الآثار التى يتركها وجود مثل هذا الطفل على الصحة النفسية لكل فرد من أفراد الأسرة .

فقد أشرنا إلى أن الحالة الانفعالية للأم الحامل تعتبر من أسباب التخلف العقلي . فالأم التى تعيش إبان حملها في مشاكل يومية اجتماعية واقتصادية ، وتلك التى تعاني القلق والخوف على مستقبلها لأنها مهددة بالطلاق مثلا ، أو الأخرى التى تعيش مع زوج لا تحبه أو ينصرف عنها إلى مشاغله ، هؤلاء جميعا لا تتوفر لهن شروط الصحة النفسية مما ينعكس سلبا على صحة الجنين وبالتالي يساهم في تخلفه العقلي .

أما فيما يخص الصحة النفسية للمتخلف عقليا ، فما لم يتلق الرعاية المطلوبة وفي وقتها المناسب ، فإن قدرته على التوافق الناجح الذى هو مظهر أساسى للصحة النفسية تكون محدودة . وإذا كانت سلامة العقل من شروط الصحة النفسية ، فإن انخفاض القدرة العقلية العامة للفرد في مثل هذه الحالة سينعكس سلبا على صحته النفسية . وبالمثل فإن معاناة الفرد المتخلف عقليا لبعض الإعاقات الجسمية خاصة إذا ما كان تخلفه حادا . فإن ذلك سيؤثر على سلامة صحته ، ونفس الشيء قد يحث إذا ما قارن المتخلف نفسه بالآخرين ، واكتشف أنه لا يستطيع أداء ما يفعله الآخرون .

إن ميلاد طفل متخلف عقليا لهو صدمة عنيفة لوالديه ، يحتار الطبيب كيف يبلغها لهم . مما يكون له أسوأ الأثر على الصحة النفنسية سواء للأم أو للأب . فهذه الحادثة تشكل وصمة في حياة الأسرة ، ومصدرا للقلق والإحساس بالذنب . فقد يعتقد الوالدان أن هذه الحادثة ما هي إلا عقاب من الله لخطأ ارتكباه في حياتهم الماضية . وقد يتخوفان على مستقبل حياتهما الزوجية إن كانا لا يصلحان لانجاب أطفال أسوياء مما يعيشهما في حالة من الإحباط واليأس قد تؤدى بهما إلى التفكير في التخلص من ذلك الطفل .

نماذج التخلف العقلي : وسنورد فيما يلي حالتين من حالات التخلف العقلي لنرى كيف يتم تشخيصها وكيف تعالج .

الحالة الأولى : تتحدث أم كارين عن ابنتها فتقول :

في الشهور الخمسة الأولى لم ألاحظ شيئا غير عادى على ابنتى . ولكن مع بداية الشهر السادس شعرت أنها ليست كأختها الأكبر منها عندما كانت في مثل سنها فلم تكن تقوى على الجلوس وحدها ، وعندما كنت أجلسها سرعان

ما تنكفيء إلى الأمام أو إلى الخلف ، فذهبت لمراجعة الطبيب وسألته عما إذا كان بها شيء غير عادى فطمأننى الطبيب بأن كل ما في الأمر تأخر بسيط في النضج وليس هناك داع للقلق . ولما بلغت الشهر الثامن عشر لم تكن تقوى على الوقوف وحدها أو المشي ولهذا كان لابد من مراجعة طبيب أطفال آخر حيث أخبرنى أن عظامها ضعيفة لا تقوى على حمل جسمها . فأعطانى الطبيب علاجا للغدة الدرقية ولكنه لم يأت بأية نتيجة . وعندما بلغت العامين بدأنا نقلق عليها فعلا ، فالأطفال في عمرها بدأوا يتكلمون في حين أنها لم تتمكن من ذلك بل اقتصرت على بعض الألفاظ المبهمة . وبدأنا نتنقل بها إلى طبيب آخر ومن عيادة إلى أخرى نبحث عمن يطمئننا ولكننا لم نتلق أية إجابة أو أى تشخيص إيجابى ، ربما لأنهم جميعا كانوا يركزون على الكلام والمشى . وقد أمضيت الساعات الطويلة لتدريبها على المشي والكلام دون جدوى .

وفى الثالثة من عمرها فرحنا لأنها تعلمت الذهاب للحمام وحدها وبدأت تمشي قليلا . وفيما بين الثالثة والرابعة بدأت تتحدث بعض الكلمات . في هذا الوقت بالذات بدأنا نحس أنها قد تكون متخلفة عقليا . ولكن أحدا من الأطباء الذين فحصوها لم يشر إلى احساسنا هذا . وعندما سألنا طبيب الأطفال عن ذلك أجاب بصراحة أنه لا يعرف ونصحنا بالتوجه إلى أخصائي نفسي . وقد تلقى تقريرا من الأخصائي النفسي مفاده أن الفتاة تعانى تأخرا حادا حيث أن نسبة ذكائها كان ٣٦ كما بينها اختبار ستانفورد – بينيه ، وينصح بتحويلها إلى إحدى مؤسسات الرعاية الخاصة .

عندما أخبرني الطبيب بتقرير الأخصائي النفسي غادرت مكتبه وعيناى مغرورقتان بالدموع ، وعدت بابنتي إلى البيت . فقد تقبلنا تشخيص الأخصائى النفسي ، ولكننا رفضنا إيداعها في مؤسسة الرعاية الخاصة ، رغم نصيحة البعض لنا بأنها ستتحسن لو أرسلت إلى هناك ، وشرعنا فورا في وضع خطة للعناية بها في الأسرة (Telford, 1981, pp. 258 - 259)

تعليق : نحن أمام حالة من حالات التخلف العقلي القابل للتدريب يمكن أن تفيدنا بالتالي :

١ – أن ملاحظة أي مظهر غير عادى من مظاهر نمو الحالة لابد وأن يلفت انتباه الوالدين . وهذا يتأتى من مقارنة الحالة بغيرها كما حدث هنا . ومن مقارنة ما تؤديه من سلوكات مع ما يجب أن تؤديه .

٢ – أن التشخيص غير الدقيق والتركيز على المظاهر الخارجية للظاهرة ربما يؤخر الكشف عن المشكلة الحقيقية وبالتالي يضيع فرصة العلاج المناسبة في الوقت المناسب .

٣ – ليس من السهل إعطاء قرار بالحالة من طرف غير المتخصصين . ولهذا لابد للطبيب من الاستعانة بذوى الاختصاص لمساعدته في اتخاذ القرار النهائي .

٤ – أن اعتماد التشخيص في هذه الحالة على نتائج اختبار الذكاء وحده لا يكفي ولاشك أن ما رافق هذا التقرير من ملاحظات على تأخر النمو لدى الحالة وتأخر الوظائف الحركية كالزحف والمشي والكلام .... الخ تدعم كلها نتائج الاختبار .

٥ – أن التوجيه بإيداع الحالة في مؤسسة رعاية خاصة ليس له ما يبرره ما دامت الأسرة تقبل أن تقوم هي بتلك الرعاية .

٦ – لا شك أن اكتشاف حالة التخلف العقلي تشكل صدمة للوالدين لا يمكن التغاضي عن آثارها النفسية عليهما . ولكن الأسرة المؤمنة بقضائها وقدرها سرعان ما تتجاوز تلك الآثار وتبدأ في أداء واجبها نحو تلك الحالة .

الحالة الثانية : لم يشخص كيرك على أنه متخلف عقليا إلا في الحادية عشرة من عمره . وبدراسة تاريخ نموه تبين أنه لم يمش **إلا في الشهر التاسع عشر** وكان يعاني **آلاما في أذنه** ويشكو من **عدم قدرته على السمع** الجيد بإحدى أذنيه . سلوكاته قبل المدرسة تكاد تكون عادية ، وبتتبع حالته في المدرسة لوحظ **فشله الدراسي ورسوبه المتكرر** ، ولكنه كان منضبطا تماما للنظام المدرسي . في الصف الأول لاحظ مدرسه أنه **غير ناضج في تصرفاته ومهمل في أداء وظائفه المدرسية** . في الصف الثاني أفاد مدرسه أنه **فشل في تعلم القراءة وبعض المفاهيم** . وقد وافق والداه على أن يعيد الصف الثاني ولكن هذه الإعادة لم تحسن من قدراته في القراءة والحساب . ثم رفع أوتوماتيكيا لثلاث سنوات متتالية .

ولكن مستواه الدراسي ظل متدنيا ومع هذا بقى كيرك في الصفوف العادية دون أن يتلقى أية علاجات خاصة .

ومن جهة أخرى أفاد مدرسوه أنه طفل جذاب ، مقبول من التلاميذ الآخرين ، متعاون مع مدرسيه ، ولا يبدو أن لديه مشكلات شخصية خاصة أو مشكلات انفعالية ، كما كانوا يتوقعون منه نتائج أفضل في السنتين الأوليين . وعندما بلغ الحادية عشرة درست حالته في اجتماع ضم مدرسيه القدامى وممرضة المدرسة ومديرها وتقرر تحويله إلى الأخصائي النفسي في المدرسة للتأكد من قدرته العقلية .

أجرى له الأخصائي النفسي سلسلة من الاختبارات وقدر أن مستواه العقلي في القراءة والحساب يعادل مستوى الصف الثانى ، وقاموسه اللغوى يعادل مستوى الصف الثالث . أخطاؤه الإملائية ناتجة عن عدم قدرته على التمييز بين الحروف المختلفة . أما نسبة ذكائه فقد كانت ٦٢ . وقد بين اختبار ستانفورد — بينيه أيضا ضعفا عاما في : القدرة على الفهم ، القدرة على التعامل مع المفاهيم المجردة إدراك العلاقات ، إصدار الأحكام والتعليل . وقد أوصى الأخصائى النفسي بضرورة وضعه في الأقسام الخاصة وقد اجتمع مع والديه لا قناعهم بقراره هذا .

وقد أعيدت دراسة حالة كيرك في الرابعة عشرة والسابعة عشرة من عمره وقد لوحظ في الدراسة الأخيرة أن نسبة ذكائه بلغت ٦٥ وأن تحصيله الدراسي وصل إلى مستوى الصف الرابع . أى أن التغيير طفيف جدا . وهنا وافق والداه على إخراجه من المدرسة . فأقام في البيت سنة كاملة ، وبعدها انضم طواعية إلى برنامج خاص بالرعاية يقوم على الدراسة والعمل work - study Program .

ونظرا لكبر سنه فقد عهد إليه بالعمل طوال الأسبوع في إحدى البقالات ، مع حضور جلسات إرشادية مسائية . وقد أوصى الأخصائي النفسي ومرشده الخاص به أن يكون تعليمه منصبا على المهارات الحسابية ، والمهارات الكتابية ، وشئون الميزانية ومتطلبات العمل . وقد انسجم كيرك مع هذا البرنامج العلاجي وبدأ يتحسن باطراد حيث ارتفعت بشكل ملحوظ رغبته في العمل وصار يبدى رغبة قوية في الحصول على المال وبدأ يبحث عن مهنة أفضل . وقد لا قى تشجيعا من مرشده ، وصار قادرا على تحمل مسئولية العمل بشكل ممتاز . (Telford 1981 pp. 260, 261)

تعليق : هذا نمط من التخلف العقلي البسيط القابل للتعلم الذى لم يكتشف إلا في الحادية عشرة من العمر ، ويلاحظ عليه :

١ – ليست في تاريخ نموه أية ظواهر جسمية أو سلوكية شاذة إلى حد أنها تلفت نظر والديه . أى أن ليس كل درجات التخلف العقلي تتطلب أن يكون هناك شذوذاً في النمو منذ الشهور الأولى من العمر .

٢ – إن ما لفت الانتباه إليه هو فشله الدارسي .

٣ – اعتمد تشخيص الأخصائي النفسي له على سلسلة من الاختبارات ليقيس بمستواه التحصيلي والعقلي ويحدد مواطن الضعف لديه .

٤ – اتبع في علاجه طريقتان : الأولى وضعه في أقسام خاصة لم تؤد إلى أية نتيجة تذكر . والثانية : إخراجه من المدرسة وتطبيق برنامج قائم على الدراسة الوظيفية التى تخدم العمل الذى يعد إليه . وقد نجحت هذه الطريقة في جعله ينجح ، وبالتالى رفع روحه المعنوية والقضاء على مركب النقص لديه .

٥ – إن تعاون الوالدين مع الأخصائي النفسي تماما في جميع مراحل العلاج مما يساعد في إنجاح أية خطوات علاجية توجه للحالة .

الطفل بطيء التعلم

Slow Learner

هناك مجموعة من الفئات تتداخل بشكل أو بآخر مع فئة بطيئي التعلم ، لدرجة يكاد يلتبس معها الأمر ، مما اقتضى أن نعرض لهذه الفئات محاولين التعريف بها وبيان نقاط التلاقي بينها وبين فئة بطيئي التعلم .

١ – **الطفل المتخلف عقليا Mentally Retarded Child** : عرفنا من من دراستنا للتخلف العقلي أن الطفل المصاب به يعاني انخفاضا حادا في قدراته العقلية العامة (نسبة ذكائه دون السبعين) ، وتأخر في اكتساب السلوكات التوافقية ، وأن هذا التخلف يظهر في مرحلتي الطفولة المبكرة والمتوسطة وتندر الإصابة به بعد سن الثانية عشرة .

أما الطفل بطيء التعلم فهو يعاني انخفاضا في القدرة العقلية العامة ، ولكن هذا الانخفاض بسيط (نسبة ذكائه تتراوح ما بين ٧٠ و ٩٠) .

٢ - الطفل غير القادر على التعلم Alearning - Disabled Child :

هو ذاك غير القادر على الاستفادة من الأنشطة المدرسية المنظمة في مجال واحد أو أكثر من المواد الدراسية ، رغم أنه يتمتع بذكاء متوسط ولا يعاني من أية إعاقة جسمية أو انفعالية أو ثقافية .

A Child who faill to benefit from regular classroom instruction in one or more areas of academic subject matter despite at least average intelligence and in the absence of demonstrable physical, emotional, or cultural handicaps, (Ross, 1977, pp. 5 - 6).

أى أن هناك فارق بين تحصيله الدارسي Achievement وقدرته الحقيقية على التحصيل Potentiel بين ما هو كائن وما يجب أن يكون . إذ إن ميزة هذا النوع من الأطفال لا يحصلون بالقدر الذى يسمح لهم به مستواهم العقلي .

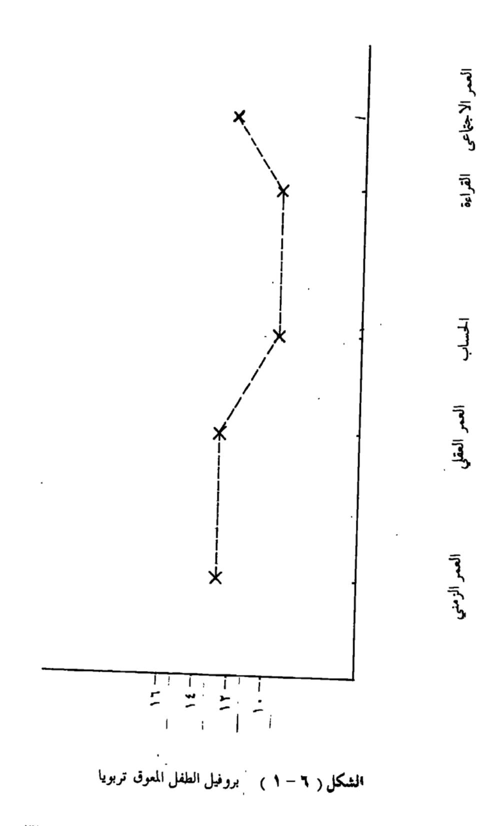
٣ - الطفل المعوق تربويا Educationally Handicapped : يوضح الشكل التالي بروفيل الطفل المعوق تربويا :

من هذا الشكل تتحدد خصائص الطفل المعوق تربويا وهي :

(أ) عمره الزمني يساوى عمره العقلي . أى نسبة ذكائه تساوى ١٠٠ . ويصنف في عداد متوسطى الذكاء .

(ب) مستواه التحصيلي في القراءة والحساب منخفض عن مستواه العقلي . أو أن عمره التحصلي (القراءة والحساب) متأخر بعامين عن عمره العقلي والزمني .

(جـ) عمره الاجتماعي Social age أعلى من عمره التحصيلي ولكنه أقل من عمره العقلي وعمره الزمني .



الشكل (٦ – ١) بروفيل الطفل المعوق تربويا

إن هذه المشكلة تتشابه إلى حد كبير مع حالة الطفل غير القادر على التعلم من حيث إن كليهما يحصل أقل مما تسمح به قدرته العقلية كذلك فإن قدرة هذه الفئة على اكتساب السلوكات التوافقية مع البيئة الاجتماعية أدنى مما تسمح به قدرتها العقلية .

٤ – **الطفل المتخلف دراسيا** Scholastic Retarded Child : هو الطفل الذى تنخفض نسبة التحصيل عنده عن المستوى العادى المتوسط في حدود انحرافيين معياريين (زهران ، ١٩٧٨ ص ٥٠٢) أو هو الذى عمره التحصيلي ينخفض بمقدار عامين على الأقل عن عمره الزمني .

إن هذه الفئة تشترك مع الفئات السابقة في صفة أساسية هي ضعف التحصيل الدراسي .

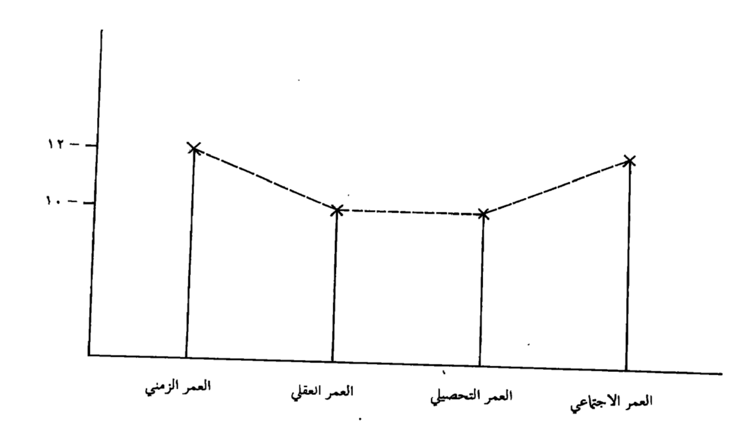
٧ – **الطفل بطيء التعلم** Slow Learner : يمثل الشكل التالي برفيل الطفل البطيء التعلم .

ومنه يمكننا تحديد خصائص هذا الطفل على النحو التالي :

(ا) انخفاض عمره العقلي عن عمره الزمني في حدود العامين أى أن نسبة ذكائه تتراوح ما بين ٧٠ و ٩٠ .

(ب) عمره العقلي يساوى عمره التحصيلي أى أن ما يحصله هو كل ما يستطيع عليه .

(جـ) عمره الاجتماعى أقل من عمره الزمني ولكنه أعلى من عمره العقلي والتحصيلي وعليه فإن فئة بطيء التعلم تجمع خصائص من أكثر من فئة واحدة : فئة « غير القادر على التعلم » ، فئة « المعوق تربويا » ، فئة « المتخلف دراسيا » . وقد اخترنا فئة « بطيء التعلم على اعتبار أنها الفئة الأكثر انتشارا والأحوج إلى طريقة خاصة في التعلم . في حين أن الفئات الأخرى يمكن أن نتعرض لها من خلال تعرضنا للعوامل المؤدية إلى بطء التعلم .



سحل (٦ - ٢) بروفيل الطفل بطيء التعلم

حجم المشكلة :

تتراوح نسبة بطيئى التعلم ما بين ١٥ – ١٧ أو ١٨ ٪ من تلاميذ المدارس[١] ففى كل فصل مكون من ٣٠ تلميذا نجد ما بين ٤ و ٥ تلاميذ بطيئي التعلم ، مع ملاحظة أن هذه النسبة تتغير من مجتمع إلى آخر (Johnson 1963,p. 9) .

إن خطورة هذه الأرقام ليست في عدد بطيئي التعلم بمقدار ما هي في المشاكل التى يوجدها أمثال هؤلاء في المدرسة ، ومدى الإعاقة التى يشكلونها للأطفال العاديين والمدرسين والإدارة المدرسية والآباء والمجتمع بشكل عام .

تشخيص المشكلة :

إن الكشف عن الأطفال الذين سيكونون بطيئي التعلم لابد أن يكون نقطة البداية حتى نتمكن من مواجهة المصدر الأساسي لهذا النوع من التلاميذ . وحتى نتمكن من التعامل مع المشكلة قبل تفاقمها . ولتحقيق ذلك لابد من استخدام اختبارات الاستعداد[٢] Readiness Tests الملائمة لبيئة الطفل . ولتحديد المستوى العقلي للطفل لابد من اختبار ذكاء . وتشير البحوث والدراسات إلى أن الطفل بطىء التعلم متأخر في نموه العقلي تأخرا ليس حادا . حيث إن سرعة هذا النمو ما بين ٣/٤ و ٩/١٠ من الطفل العادى (Johnson, 1963,p. 55) .

وللكشف عن مستواه التحصيلي لابد من استخدام اختبار تحصيلي Achievement Test يبنى من خلال محتوى المواد الدراسية التى من المفروض في الطفل العادى أن يتعلمها . وتشير بعض الدراسات إلى أن الطفل بطىء التعلم سيتأخر عن زملائه في حدود ما بين ٨ شهور وعامين لتعلم القراءة مثلا . إلا أنه سيتعلمها عندما يصل عمره العقلي إلى المستوى الذى يؤهله لتعلمها كما أن هناك مهارات مدرسية لن يكون بامكانه تعلمها لأنه لن يصل إلى المستوى العقلي اللازم

---

(١) نعتقد أن هذه النسبة خاصة بتلاميذ المدارس الابتدائية .

(٢) من الأمثلة على هذا النوع من الاختبارات نذكر :

– اختبار الاستعداد . اعداد د . مصطفى فهمي .

- Gates reading readiness Tests .

- Lee . Clark Readiness Test .

لها[1] . ذلك أن نموه العقلي يتوقف مبكرا بالمقارنة مع الطفل العادى . إن تأخر هذا النوع من الأطفال وعدم قدرتهم على مسايرة زملائهم يؤدى بهم إلى الرسوب حتى يصبحوا كبارا بالنسبة لمن هم معهم في نفس الفرقة الدراسية .

أما لتحديد عمره الاجتماعى فلابد من الاستعانة بأكثر من أداة منها الملاحظة واختبارات التوافق النفسي الاجتماعي Adjustment Tests فبالرغم من أن الكثير من الدراسات تفيد بأن سوء التوافق النفسي والاجتماعي ليس مظهرا خاصا ببطيئي التعلم إنما يمكن أن نجده في كافة مستويات الذكاء ومستويات التحصيل . إلا أن هذا لا يمنع من التأكد من وجودها كمشكلات جانبية يعانيها هذا الطفل .

مشكلات الطفل بطىء التعلم :

إن تأخر النمو العقلي لهذا الطفل ، وعدم قدرته على مسايرة من هم في مثل سنه في تحصيلهم الأكاديمي ، وكذلك عدم قدرته على اكتساب المعايير الثقافية الخاصة بمجتمعه بنفس سرعة الطفل العادى ، وتخييبه لآمال والديه الذين كانوا يتطلعون لنجاحه وتحقيقه لمستويات تحصيلية عالية ، وإحساسه بأنه لن يوفق في احتلال مكانة اجتماعية مرموقة ، وأن دوره الاجتماعي سيكون هامشيا لأن النظام الوظيفي في المجتمع يربط بين المؤهل العلمي والوظيفة ... كل هذه العوامل تتضافر في توليد مجموعة من المشكلات هى أعراض أكثر منها أسباب لبطء تعلمه[2] من هذه المشكلات .

١ - مشكلات نفسية اجتماعية : بالرغم من أن الطفل بطىء التعلم له نفس حاجات الطفل العادى سواء منها الحاجات البيولوجية ، أو الحاجات النفسية الاجتماعية ، وبالرغم من دعوة جوزيل إلى ضرورة معاملته كما يعامل الطفل العادى

---

(١) تفيد بعض الدراسات أن أقصى نمو عقلي يصله الطفل بطىء التعلم هو ما بين ١١ و ٥ , ١٣ سنة . (Johnson , 1963 , p . 10)

(٢) تتداخل أحيانا أعراض وأسباب هذه المشكلة ، والذى يحسم هذا الموضوع هو التشخيص الدقيق والدراسة المعمقة للحالة ، فعدم الفصل بين السبب والعرض سيؤثر سلبا في خطوات العملية العلاجية ، فينصرف المعالج للتعامل مع الأعراض باعتبارها أسبابا ، وغالبا يتعذر الشفاء طالما ظلت الأسباب على حالها .

(Gessell, 1938) إلا أنه قطعا يعيش حالة من الإحباط لا يعيشها الأطفال العاديون . فمصادر الإحباط لديه متعددة ، يعيشها في كل لحظة عندما يقارن بزملائه ، وعندما يقارن معاملة المدرسين له بمعاملتهم للآخرين ، وعندما يقارن بين نظرة أهله له ونظرتهم لأخيه الذى يتفوق عليه . هذه مواقف قطعا لا يعيشها الأطفال الآخرون . فماذا نتوقع من طفل محبط إلا أن يبحث عن متنفس للطاقة الانفعالية التى تولدها وتنميها مواقف الاحباط التى يعيشها . فلا غرابة أن يتجه للسلوك العدواني ، والازعاج ، والسرقة والكذب ، والانضمام إلى العصابات التخريبية .

وقد ينتكس إلى مراحل طفلية سابقة ليؤدى مسلكياتها ، فيلتصق أكثر بوالديه ويزداد اعتماده عليهم ، يبكي ويثور لأتفه الأسباب ، وقد يفقد ثقته بنفسه وثقته بالآخرين وتضعف لديه روح المبادأة . وقد يتجه إلى العزلة والانطواء والخجل يجتر آلامه النفسية وحيدا بعيدا عن أولئك الذين لم يفهموه ولم يتقبلوه .. مما قد يعرضه إلى اضطرابات نفسية . والشيء الخطر هنا هو ما يقع فيه بعض المعالجين لهؤلاء الأطفال ، حيث يركزون على هذه المشكلات باعتبارها هي الأساس وينسون أنها ما هى إلا أعراض للمشكلة الأساسية وهى بطء التعلم .

مشكلات مدرسية : في دراسة لجوردان ليدل Jordan p, Liddle أجراها على التلاميذ المراهقين الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين ٧٥ و ٨٩ وجد أنهم كسولون لا مبالون ، بليدون ، غالبا ما يتسببون في عرقلة النظام المدرسي ، فيتكرر تأخرهم وغيابهم عن المدرسة ، ويكونون مصدر فوضى وازعاج للمدرس مما يعطله عن أداء درسه . كما أنه تكثر بينهم حوادث التسرب المدرسى فغالبا ما ينقطعون عن الدراسة قبل التخرج . Jordan, 1959)

٢ – **مشكلات جسمية :** إن الحالة النفسية السيئة التى يعيشها الطفل بطيء التعلم يمكن أن تؤدى إلى بروز مشكلات صحية لديه مثل فقد الشهية ، الصداع، آلام في المعدة ، إحساس عام بالضعف ، كما يشكو البعض من ضعف في البصر أو في السمع .... الخ ونؤكد هنا أيضا أن مثل هذه المشكلات هي في غالبيتها عرض وليس علة لبطء التعلم .

الوقاية والعلاج :

تظل الأسرة بما تقدمه من تنشئة اجتماعية لأبنائها هي المصدر الذى يزودنا سواء بالأطفال بطيئي التعلم أو الأطفال العاديين والمتفوقين . وعليه فإن الاجراءات الوقائية من هذه المشكلة لابد أن تتوجه أولاً إلى الأسرة لتوعيتها بأساليب التنشئة السليمة ، ومساعدتها في توفير أفضل شروط النمو لأطفالها .

ويلى الأسرة في المسئولية المحيطة بالطفل الحي الذي يقطن فيه ، فالحي بما فيه ومن فيه يساهم بدور في نمو الطفل من جميع الجوانب ، فتوفير البيئة الغنية الصالحة للطفل لاشك أنه يساهم في التقليل من هذه المشكلة .

ثم يأتى دور المدرسة التى عليها أن تكشف عن أولئك الأطفال الذين لا يؤهلهم عمرهم العقلي للبدء في عملية التعلم العادى في المدرسة . لتقدم لهم المعارف والخبرات الضرورية لترفع من مستوى خبراتهم بما يمكنهم من التحصيل العلمي بالسرعة الاعتيادية. وذلك أن إهمال هؤلاء الأطفال لسنوات تالية يفاقم هذه المشكلة مما يولد المشاكل الجانبية التى تحدثنا عنها آنفا . كما أن على المدرسة متابعة تلاميذها بيقظة للكشف عن أولئك الأطفال المتأخرين في دراستهم لتقديم العون لهم قبل فوات الأوان . فالمدرس والأخصائى التربوى والمشرف الاجتماعى يتحملون دورا في هذا الميدان .

أما على صعيد العلاج فيمكن أن نشير إلى التالي :

١ - على الأخصائى النفسي أن يقوم بتبصير الطفل بامكانياته الحقيقية وبما يستطيع أن ينجزه وبما لا يستطيعه ، ويرسم معه مستوى معينا من الإنجاز يتناسب وامكانياته ، فتحقيق النجاح بالنسبة لهذا الطفل مهم جدا وعامل أساسى في جعله يستعيد ثقته بنفسه وثقته بالآخرين .

٢ - ولكي يحقق هذا الطفل نوعا من النجاح لابد وأن يتفهم المدرس امكانياته فيكلفه بأعباء يمكن أن ينجح في أدائها ، أو يوجه له من الأسئلة ما يمكنه الإجابة عليها ... الخ .

٣ - وفي حالة تعذر بقاء الطفل في الفصل العادى ، ووجود أعداد كبيرة ممن هم مثله يمكن تخصيص فصل لهم كشعبة عادية ، لا يطلق عليها أى اسم ،

ولكن يعهد بتدريسها لأكفأ المدرسين القادرين على التعامل مع هذه الفئة من الأطفال . ويقدم لهم برنامجا دراسيا معدا خصيصا لهم وقادرا على تزويدهم بالخبرات التى تؤهلهم للعيش في المجتمع . ونعتقد أن البرنامج الدراسي القائم على الوحدات أو المقررات بحيث تتاح الفرصة للأطفال لاختيار ما يرغبون في دراسته يمكن أن يفيد كثيرا لأمثال هؤلاء .

٤ – ضرورة معاونة الطفل على حل مشكلاته الشخصية وتعريفه بأساليب التوافق لاطلاعها على مستواه وتوجيهها لما يجب أن تقدمه لابنها ، فتخفف من ضغوطاتها عليه وتمتنع عن تحقيره أو تأنيبه ، وتعامله معاملة عادية فحسب .

٦ – تقديم العلاج الطبى إن لزم الأمر لمواجهة بعض الظواهر المرضية الجسمية والتغلب على الإعاقات السمعية أو البصرية إن وجدت .

نموذج من الأطفال بطيئي التعلم :

نعرض فيما يلي ملخصا لطفل بطيء التعلم : (Ross, 1978, pp. 1 - 3-) فرد (Fred) عمره ٩ سنوات ، يعيد الفرقة الدراسية الثانية ، ولكن مستواه في القراءة لم يتجاوز الفرقة الأولى ، يخطىء في قراءة الحرف فيبدل حرف b بالحرف d والعكس بالعكس ، وأحيانا يقرأ الكلمات مقلوبة كأن يقرأ كلمة Top , Pot وحتى لو نجح في قراءة الجمل فإنه يفشل في فهمها . كما أن كتابته تشيع فيها الأخطاء في نفس الوقت لا يواجه صعوبة تذكر في الحساب خاصة عندما تقدم له مسائل الحساب شفويا .

أبوه يعمل محاميا وأمه مدرسة لغة فرنسية حاصلة على الماجستير في اللغات الحديثة . كانت مشكلة ابنهم مصدرا للإزعاج والإحباط لهما .

في بداية التحاقه بالمدرسة لم تظهر عليه هذه المشكلة سوى أن المدرسة اقترحت تأجيل التحاقه بها بناء على مابينه اختبار الاستعداد من أنه لم ينضج بعد ولم يصل إلى المستوى الذى يؤهله لبدء الدراسة ، ولكن والديه أصرا على الحاقه بالمدرسة .

وبعد ستة شهور بدأت بوادر المشكلة حين اقترح مدرسوه ضرورة اجراء اختبار ذكاء له . فقام الأخصائي النفسي بذلك وتبين أن نسبة ذكائه ١٠٥ ، وأنه أجاب بشكل جيد على بعض أجزاء الاختبار وبشكل رديء على اجزاء أخرى . ولا شك أن والديه فوجئا بهذه النتيجة لأنهما كانا يعتقدان أنه لا يقل عن أخيه في الذكاء حيث كانت نسبة أخيه ١٣٠ . ومما أوصى به الأخصائي النفسي أن يعالج فرد من الاضطربات الانفعالية الناتجة عن تأخره في النضج، وأنه ولا شك سينجح في الفرقة الأولى .

وهكذا لابد من اجراء الاختبارات النفسية للطفل ، وبينت هذه الاختبارات أنه غير واثق بنفسه ، اتكالى ، لديه بعض المشاعر العداونية ، ومتهور بعض الشيء ولكن هذه الصفات كلها لم تكن بدرجة كبيرة من الخطورة ، ولا تفسر ضعفه في القراءة ، وعليه اقترح أن يحول لطبيب العيون الذى وجد لديه انحرافا في شبكية العين اليسرى Mild Astigmatism ولكنه لا يشكل أية خطورة على قدرته على الإبصار ، ومع ذلك أجبر الطفل على ارتداء نظارات ، وغالبا ما كان يرفض لبسها ويتشاجر مع والديه من أجل ذلك .

وقد ازداد قلق الوالدين حين استدعتهما المدرسة ، وأخبرهما مدرسه أنه لم يطرأ عليه أى تحسن في القراءة ، وبالعكس فقد بدأ يعارك زملائه ، كثير الحركة لا يستقر في مقعده Hyperactive ونصحهم بمراجعة طبيب أعصاب للتأكد من سلامة دماغه .

لقد صدمت العائلة بطلب المدرس هذا ، وراحت أمه تستعيد في ذاكرتها أحداث طفولته الأولى ، فتذكر أنه وقع ذات مرة على رأسه من عربة المشتريات في أحد المحلات عندما كان عمره ثمانية عشر شهرا ، فهل يعقل أن هذه الواقعة قد آذت دماغه ؟ وحوّل الطفل إلى أخصائي أعصاب الذى أجرى له الفحوصات اللازمة والتى أثبتت سلامة دماغه . وأفادهم أن لا خوف عليه وكل ما يمكن أن يكون لديه هو اضطراب خفيف في وظائف الدماغ Mineral cerebal dysfunctionx Syndrom نتيجة لعدم تكامل نضجه ، وصرف لهم بعض الأدوية البسيطة التى كان عليه أن يتناولها بمعدل ثلاث مرات في اليوم وكان يتناولها على مضض .

ثم بدأت الأم تلاحظ أن فرد لم يعد يأكل كما كان سابقا ، لم يعد نشيطا وبدا مختلفا عن أخيه عندما كان أخوه في مثل سنه .

هل فكر والداه في نقله إلى مدرسة خاصة بمن هم في مثل مستواه الدراسي ؟ فالطفل لا هو متخلف عقليا ولا مضطرب انفعاليا ، وبصره ودماغه سليمان ، وكل مشكلته أنه جاء من أسرة تمجد التعليم والتحصيل المدرسي .

التعليق :

يبين لنا هذا النموذج التالي :

١ - ما كنا قد أشرنا إليه عند حديثنا عن تشخيص المشكلة والأدوات المستخدمة في هذا التشخيص . (اختبار الاستعداد ، اختبار ذكاء ، اختبار نفسي) .

٢ - إن الملاحظة والاختبارات كلها تشير إلى أنه طفل بطيء التعلم باستثناء اختبار الذكاء . مما يدعو المشخص إلى ضرورة التأكد والمراجعة وتطبيق أكثر من أداة إذا ما اختلفت النتائج .

٣ - قلق الوالدين جعلهما ينتقلان به من معالج إلى آخر مما يسبب له نوع من التوتر والخوف (النظارات ، تعاطي الأدوية) ذلك أنهما بدآ يلاحظان المشاكل الجانبية ، ولم يمسا المشكلة الأساسية .

٤ - إن قيم الوالدين نحو المدرسة والدراسة تعميهم عن رؤية المستوى الحقيقي لأبنائهم ، وتجعلهم يتوقعون منهم فوق استطاعاتهم .

٥ - لاحظ كيف تتولد المشاكل النفسية الاجتماعية عند الطفل (العدوان ، النشاط الحركي الزائد ، كره المدرسة ، العراك مع الوالدين ...) .

الإدمــان

Drug Dependence

الإدمان من أخطر مشكلات العصر[١] لما يسببه من تدمير الإنسان: جسميا ونفسيا واجتماعيا وأخلاقيا، وتبديد لاقتصاد الوطن[٢]، وانتشار للانحرافات والجرائم والحوادث في المجتمع، مما جعل هذه المشكلة تقع ضمن أولويات اهتمامات الهيئات الدولية والإقليمية.

وقد تفاقمت حدة هذه المشكلة بانتشارها بين الشباب والمراهقين ولم تسلم منها المجتمعات المتقدمة ولا السائرة في طريق النمو. وقد أشارت مجلة التايم الأمريكية في عددها الصادر في أبريل ١٩٧٩ إلى أن عددا كبيرا من الأحداث يبدأ بشرب الخمر في العاشرة ويصل إلى الإدمان في المراهقة ويتعاطى المخدرات بالإضافة إلى الخمر. فإذا كان هذا هو حال المجتمعات الغربية، فيبدو أنه بحكم التقليد الأعمى لكل ما هو غربي بدأت هذه الظاهرة تتفشى في مجتمعاتنا العربية وتنتشر بين مراهقينا وشبابنا. وحيث إن الإدمان مؤشر دال على تدهور الصحة النفسية سواء للفرد أو للمجتمع يهمنا أن نتناول هذه المشكلة لنبين آثارها المدمرة، وسنبدأ بعرض بعض المصطلحات الخاصة بهذه المشكلة لنصل إلى تحديدها. ثم نتناول أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها.

تحديد المصطلحات:

العقار: كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحي عند تعاطيها.

الاستعمال غير الطبي: هو الإفراط في الاستعمال بصورة متصلة أو دورية بمحض اختيار المتعاطي، دون ارتباط بالاستعمال الطبي المطلوب

(١) الإدمان عرفه الإنسان قديما. فقد استخدم الحشيش في آسيا منذ ٥٠٠٠ سنة (Henderson, 1974).

(٢) يقول تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر يوم ١٠ أكتوبر ١٩٨٣ م أنه لو أمكن صرف ثلثي ما ينفقه العالم في شراء السجائر أو ما ينفقه على الكحول لأمكن تزويد كل إنسان بأهم متطلباته الصحية. (الوطن عدد ٣١٠٢ بتاريخ ١١ / ١٠ / ١٩٨٣ م)

والمصروف بواسطة الطبيب ، بهدف **الشعور بالراحة أو** بما يخيل للمتعاطى بأنه **شعور بالراحة أو بدافع الفضول أو لاستشعاره خبرة معينة** . (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٢) .

المخدرات : (أ) التعريف العلمى : المخدر مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم .

(ب) التعريف القانونى : المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي . ويحظر تداولها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ، وتشمل : الأفيون ومشتقاته والحشيش ، وعقاقير الهلوسة والكوكايين والمنشطات . (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٩ ، ١٠) .

الإدمان : عرفت هيئة الصحة العالمية WHO سنة ١٩٧٣ الإدمان (الاعتماد Dependence) بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار . ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم تناوله . وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة :

ثم أضيف للتعريف السابق الخصائص التالية :

(ا) البحث عن العقار والحصول عليه بأية وسيلة .

(ب) زيادة الجرعة بصورة تدريجية لتعود الجسم على العقار .

(جـ) ظهور أعراض نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة .

الكحولية Alcoholism : يعرفها جلينك العالم الأمريكى بأنها : « فقدان التحكم في الكمية التى يتعاطاها الفرد وعدم القدرة على الامتناع عن التعاطي لفترة طويلة . (Swison et al 1978) .

الاعتماد النفسي : حالة تنتج من تعاطي المادة المخدرة ، وتسبب الشعور بالارتياح والاشباع وتولد الدافع النفسي لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية لتحقيق اللذة أو لتجنب الشعور بالقلق .

الاعتماد العضوي : حالة تكيف وتعود الجسم على المادة بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٢ – ٢٤) .

وعليه فإن تناول الفرد أى عقار من تلك التى تسمم الجهاز العصبي وتصل به سواء إلى الاعتماد النفسي أو الاعتماد العضوى أو كليهما معا ، نتيجة لسوء استعماله لذلك العقار ، يخلق منه فردا مدمنا . وقد يدمن الكحول Alcoholism أو المخدرات Drug Dependence[1] وإذا ما وصل الفرد إلى درجة الإدمان على عقار ما فإن امتناعه عن تناول هذا العقار يؤدى إلى بروز استجابات وأنماط سلوكية دالة . فما هي هذه الاستجابات ؟ .

الخصائص السلوكية للمدمن :

رغم أنه لكل عقار استجابات سلوكية خاصة به إلا أننا سنحاول عرض الخصائص بشكل عام دونما حاجة إلى الدخول في التفاصيل الطبية :

(أ) **خصائص جسمية** : التشنج العضلي ، ارتفاع الحرارة ، سرعة التنفس ، فقدان الوزن ، الاسترخاء ، اللوخة .

(ب) **خصائص نفسية** : التدهور العقلي[2]، الهلاوس خاصة هلاوس العظمة ، الأوهام ، فقدان الاحساس بالوقت والمكان ، خلل الحواس ، تقلب الانفعالات ، الأرق ، محاولة الانتحار ، عدم القدرة على التحكم .

(ج) **الخصائص الاجتماعية** : السلوكيات اللاجتماعية Antisocial تكوين عصابات ، العدوانية ، تدهور علاقات الفرد الاجتماعية والمهنية ، تعرضه

---

(١) أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدام مصطلح Drug Dependence بدل مصطلح Drug Addiction (Henderson , 1974) .

(٢) يقول د . لورانس : أول ما يفقد من وظائف الدماغ بواسطة الكحول هو القدرة على الحكم والملاحظة والانتباه (Dr . Laurence , 1974) وقد يصاب المدمن بحالة تعرف بجنون الشراب Dispsomenia يجد فيها نفسه مدفوعا إلى المزيد من الشراب وتصل حالة الكثيرين منهم إلى مرحلة الجنون الكحولي . Alocoholic Psychosis and Dementia

للحوادث ، الجرائم .(1) إذا كان الإدمان يصل إلى هذه الدرجة من التدمير لصحة الفرد النفسية والجسمية فما هي الأسباب التى تدفع الإنسان إلى درجة الإدمان ؟

تفسير الإدمان :

هناك عدة تفسيرات لظاهرة الإدمان نذكر منها ما يلي :

(ا) **التحليل النفسي** : ترى هذه المدرسة أن الإدمان وسيلة علاج ذاتى يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لا شعورية . ويتم ذلك نتيجة لعاملين : **الأول** : نكوص الفرد إلى المرحلة الطفلية كحيلة دفاعية لا شعورية في مواجهة مكبوتاته وما يتعرض له من احباطات والثانى : اضطراب نموه النفسى والجنسي حيث تثبت لديه الطاقة الجنسية في منطقة الفم ويتجلى هذا التثبيت في ظهور صفات دالة عليه منها : السلبية ، الاتكالية عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والاحباط . ويعزو نايت Knight هذا التثبيت إلى تدليل الأم لطفلها ومحاولتها حمايته من أب قاس متناقض مع نفسه في تصرفاته .

وبناء على هذه النظرة يصنف التحليل النفسي المدمنين إلى : Kessel, & Grossman , 1961

١ – **غير الناضج** : لا يثق في نفسه ، يعتمد كليا على والديه ، يفشل في تكوين صداقات . يعانى مركب النقص .

٢ – **المنغمس في اللذات** : يصر على اشباع حاجاته فورا ودونما حدود .

٣ – **المعتل جنسيا** : يعاني ضعف الدافع الجنسي أو الخجل الشديد من الجنس أو الشذوذ الجنسي .

---

(1) يفيد تقرير منظمة الصحة العالمية WHO الذي نشرته صحيفة الديلي ميل في عددها الصادر أن بحثا أجرى في ٣٠ دولة بين أن ٨٦ ٪ من جرائم القتل و٥٠ ٪ من جرائم الاغتصاب والعنف تمت تحت تأثير الخمر .... ويقول اللورد هاريس : إن الأبحاث التى أجريت على المجرمين في السجون البريطانية تدل على أنهم يعانون من ادمان الخمور بصورة خاصة . ويقرر الأطباء أن هناك ارتباط بين الاستهلاك الكحولي في مجتمع ما وعدد جرائم العنف وحوادث السيارات وكثرة المشاكل الاجتماعية جاء ذلك في تقرير الكلية الملكية للأطباء الصادر في المجلة الطبية عدد ديسمبر Post Graduate Doctor . ١٩٧٨

٤ - **عقابى الذات** : يعاني القلق كلما حاول التعبير عن غضبه .

٥ - **ذى الشخصية المكروية** : يعانى الاكتئاب والتوتر والضيق وعدم الأمن في العمل .

(ب) المدرسة السلوكية :

تفسر هذه المدرسة الإدمان وفقا لنظرية التعلم فهو سلوك يتعلمه الإنسان على النحو التالي : عندما يشعر بالقلق أو التوتر يتعاطى المخدرات أو الخمر ، فيحس بالهدوء والسكينة . ويعتبر هذا الإحساس بمثابة تدعيم وتشجيع لتكرار تعاطيه هذا ، وشيئا فشيئا يتعلم أنه لإزالة الآثار المزعجة لا متناعه عن تعاطي المخدر لابد من تناوله من جديد . ويربط هذا التعاطى بمثيرات أخرى مثل مجموعة الرفاق ورائحة العقار ، والاعلانات الخاصة به ، والحانة .... الخ . فيكفي توفر أحد هذه المثيرات ليندفع المتعاطي إلى تناول ذلك العقار حتى لو لم يكن يعاني القلق والتوتر . كما أن الرغبة في المحاكاة تدفع أحيانا إلى التعاطى فالطفل الذى يرى أباه يشرب الخمر أو يتعاطى مخدرا وتبدو عليه النشوة يميل إلى تقليده بطبيعة الحال .

ومما يشجع على التعاطي أن الآثار السلبية للعقار لا تظهر في الحال حين تظهر آثاره الإيجابية (الإحساس بالنشوة أو الهدوء والسكينة) .

إذ يرى السلوكيون أن عوامل القلق والتوتر ، وعامل التقليد ، وما يتركه العقار من آثار جانبية عند بدء تعاطيه هي التى تؤدى بالفرد إلى الادمان .

(ج) التفسير الاجتماعي :

يذهب بعض الباحثين إلى اعتبار تعاطي الكحول أو المخدرات **خدعة أو حيلة اجتماعية** ، يهدف صاحبها من ورائها لتحقيق مكاسب معينة ، ويصف هؤلاء الباحثين بعض هذه الحيل التى يمارسها مدمن الخمر .

الحيلة الأولى : المازوشيه[1] : يضع فيها نفسه في موقف يعرضه لسخط الآخرين وثورتهم عليه ، فيعاقبونه ، ويتلذذ هو لهذا العقاب . كالطفل الذى

---

(١) الشخصية المازوشية : شخصية مضطربة ، تجد لذة في العذاب والحرمان ، فتستحث الآخرين على إيقاع الأذى بها .

يشرب الخمر لإغاظة والديه ودفعهم إلى معاقبته أو ذاك الذى يشرب الخمر علانية تحد للتحريم الديني له ، وكأنه يستنزل غضب الله عليه .

الحيلة الثانية : لعبة « تدمير الذات » : من خلال هذه اللعبة يحصل المدمن على المتعة عن طريق المرض . أى أنه بتدمير أنسجته الجسمية[1] يجبر الآخرين على رعايته .

ويذهب هؤلاء الباحثون إلى أن مثل هذه الألعاب تتم بصورة لا شعورية . (الدمرداش ، ١٩٨٢) . وكأن هؤلاء الباحثين يردون ظاهرة الإدمان إلى داوفع لا شعورية ذات أهداف اجتماعية . وهو تفسير الظاهرة بعد حدوثها ولا تقدم شيئا عن أسباب نشوئها .

ويحاول الدكتور وليامز البحث عن سبب اجتماعي للإدمان فيقول : « إن بذرة الإدمان تنمو بسرعة في تربة الإدمان العائلي « فنسبة المدمنين تصل إلى ٦٢ ٪ من الذين لهم تاريخ عائلي بالإدمان بينما هي ١٦ ٪ لشاربي الكحول العاديين ويؤيده في ذلك د . ستيل وفوجتلين ولامير (Williams, 1967) وهو هنا لا يتحدث عن العامل الوراثى ، إنما يتحدث عن تواجد المدمنين من بين أفراد الأسرة . فوجود أب مدمن أو أم مدمنة يكون مشجعا للأبناء كي يدمنوا .

ويمكن أن نضيف عوامل التفكك الأسرى واستمرار الصراع والتعاسة في البيت والمستوى الاقتصادى السيىء للأسرة ، وأحيانا بالعكس ، المستوى الاقتصادى المرتفع (خاصة في مجتمعنا العربي) ، وانفاض المستوى الثقافي ، وأحيانا ارتفاعه (خاصة في المجتمعات النامية) ، والتحلل من ضوابط المجتمع من دين وعادات وتقاليد . هذه العوامل تساهم في بروز مشكلة الإدمان[2] . وقد حدد ماكورد هوية الأسر التى تنتج أبناء مدمنين على الكحول وهي :

---

(١) يقرر الأطباء أن هناك ارتباط بين استهلاك الكحول في مجتمع معين وانتشار مرض تليف الكبد ، (الكلية الملكية للأطباء ، ١٩٧٨) .

(٢) ثبت من دراسة ماكورد سنة ١٩٦٠ أن ٩٧ ٪ من الشباب الكحولي ينتمي إلى أسر مضطربة . وأثبت سمارت سنة ١٩٧١ أن استعمال أحد الوالدين للعقاقير يوميا يؤثر على استعداد الطفل لاستعمال تلك العقاقير ، وأن ٦٠ ٪ من الأطفال يستخدمون نفس العقار الذى يتناوله الأب والأم . وقد ثبت أن حرمان الطفل من والديه قبل السادسة يؤدى إلى الإدمان على الخمر والمخدرات .. ثم أثبت ماكوردأن ١٠ ٪ من أطفال الطبقات الاجتماعية المتدينة مدمنون ورد ذلك إلى رغبتهم في الاتكالية وعدم قدرتهم على ادراك دورهم في المجتمع (الدمرداش ١٩٨٢ م) .

● أسر من صفات الأم فيها الازدواجية[1] الصريحة والانحراف ، وضعف الاتجاهات الدينية ، مع وجود أب معاد للأم يتهرب من المسئولية ، ويحقر من شأن زوجته ولا يتوقع من الطفل النجاح .

● أسر تتهرب الأم فيها من المسئولية وميولها الدينية ضعيفة بالإضافة إلى تخاصم الوالدين .

● أسر يدور فيها الصراع بين شخص خارجي والوالدين حول قيمهما ، بالاضافة إلى عدائية الأب وميله إلى التهرب .

● الأسر التى تجتمع فيها صراعات شخص خارجي مع الوالدين بازدواجية وانحراف أو تهرب الأم . (الدمرداش ١٩٨٢ ، ص ٦٠) .

(د) التفسير البيولوجي :

تفترض النظرية البيولوجية لتفسير الإدمان ، نوعين من المستقبلات[2] على غشاء جدار الخلية العصبية ، إحداهما يؤدى تفاعلها مع العقار إلى تحويلها إلى مستقبلات دوائية .. والثانية ساكنة لا تتفاعل مع العقاقير . ولكن تكاثر المستقبلات الدوائية تجعل الشخص في حاجة إلى جرعات متزايدة منه . مما يؤدى به إلى الإدمان . فإذا ما توقف تنشط المستقبلات الدوائية وتؤدى إلى الأرق والقيء والهلوسات ....الخ .

إذن ترد هذه النظرية الإدمان إلى فرضية بيولوجية تتصل بمستقبلات الخلية العصبية . وهناك من البيولوجيين من يعتقد أن الخمر والعقاقير تؤدى إلى تغيرات في النشاط الكهربائى في خلايا المخ ونشاط الهرمونات . هذه التغيرات تؤدى بصاحبها إلى الإدمان .

(هـ) خصائص العقار المستعمل :

يتدخل التركيب الكيميائى للعقار في وصول الفرد إلى درجة الإدمان بعد ٥ – ١٠ سنوات من الاستعمال المفرط . بينما استعمال المنومات أو المهدئات

---

(١) الازدواجية هي الشعور بالكراهية والمحبة للشخص في وقت واحد .

(٢) كل عقار يصل إلى الجهاز العصبي يلتصق بجزء من الخلية العصبية يسمى Drug Receptor ويتفاعل العقار والمستقبل ويؤثر العقار على المخ والجسم .

تؤدى إليه في خلال شهر . أما الهيروين ففي خلال أسبوع أو عشرة أيام كذلك طريقة استعمال العقار ، كالحقن في الوريد ، أو الاستعمال عن طريق الفم أو الاستنشاق .... الخ تتدخل في المدة التى يصل فيها المتعاطى للادمان أضف إلى ذلك سهولة الحصول على العقار ونظرة المجتمع له تساهم في تشجيع الفرد على تناوله ومن ثم الادمان عليه .

الوقاية : تتوجه الاجراءات الوقائية بادىء ذي بدء إلى :

١ - **الأسرة** : باعتبارها المكان الأول الذى يتعهد الوليد الإنسانى بالرعاية ويغرس فيه المبادىء الأساسية لشخصيته المستقبلية . فإن كان هذا الغرس صالحا فإن الفرد يكون أقدر على مواجهة مشكلات الحياة . ولكي نحفظ الفرد من الانحراف والتوجه نحو المخدرات لابد من :

● توفير الجو الأسرى الهادىء الخالي من المشاحنات والمشاكل . المتسم بالإيجابية بين أفراده والذى تسوده روح المحبة والتعاطف والتعاون .

● تحمل مسئولية الوالدية والأمومة من طرف كل من الأب والأم ، وأداء ما تفرضه تلك المسئولية من واجبات .

● الثبات النسبي في اتجاهات الوالدين الإيجابية نحو الأبناء بحيث يتلافى كل منهما ازدواجية العواطف نحو الأبناء .

● امتناع الوالدين عن تناول الكحول والمخدرات نهائيا وخاصة أمام الأطفال فهما القدوة التى يقلدها الطفل .

● عدم غياب الوالدين عن البيت طويلا وإشعار الأبناء بفهمهم لهم بالتقبيل والمودة وقبولهم إياهم .

● توفير شروط التنشئة الاجتماعية السليمة للأبناء وذلك :ب :

● الإشباع المتزن للحاجات النفسية والفسيولوجية والنفسية .

● إتمام عملية الفطام النفسي بين الطفل ووالديه بنجاح .

● تشجيعه على الاعتماد على النفس والاستقلالية .

● إكسابه القدرة على مواجهة مشاكله بطريقة واقعية وتشجيعه على اتخاذ القرار المناسب .

• تزويده بالتربية الدينية والأخلاقية التى تسفه بشكل خاص الخمر والمخدرات . لابد أن يتعلم أنها محرمة دينيا .

• الضبط المعتدل لسلوكات الطفل .

• إكسابه السلوكات التوافقية اللازمة ليواجه بها ما يصادفه من عقبات .

• حمايته من الاضطرابات النفسية ، وعدم اهمالها مهما كانت بسيطة .

٢ – **جماعات الأصدقاء** : نعنى بها رفاق الحي ورفاق المدرسة وزملائه في العمل ، وأصدقاء النادى .. وهؤلاء قد يشكلون المصدر الثانى لحالات الإدمان . وإذا كان من متطلبات النمو الاجتماعى للطفل توفير جماعات ينتمى إليها ليمارس معها ألعابه ، وينمي لغته وخبراته الحياتية ، إلا أنه لابد من اختيار الجماعة المناسبة وعدم التهاون في أمر انضمام الطفل إلى جماعات منحرفة فالابتعاد عن أصدقاء السوء يقلل من تعرض الطفل لتجارب غير مرغوب فيها من تناول الكحول أو المخدرات . كما أن انضمام الطفل إلى جماعة من نفس مستوى أسرته الاقتصادى والثقافي والاجتماعي يجعله أكثر انسجاما مع تلك الجماعة وأكثر قبولا لدوره وأقل تعرضا لمشاعر الدونية أو مشاعر التعالى والعظمة .

٣ – **المدرسة** : يمكن للمدرسة أن تقوم بدور في ميدان الوقاية من الادمان وذلك من خلال :

• ما تقدمه من معلومات حول مضار العقاقير التى تؤدى إلى الإدمان عبر دروس العلوم والصحة العامة والتربية الدينية .

• ما تقدمه من ارشادات تربوية ونفسية عبر مكاتب الإشراف الاجتماعى والتربوى وقد تكون هذه الارشادات فردية أو جماعية .

• توفير المدرسين الأصحاء جسميا ونفسيا ليكونوا القدوة لتلاميذهم .

٤ – **مسئولية الدولة** : تتحمل الدولة مسئولية كبرى في هذا المجال ، ويمكنها المعاونة في حماية المجتمع من انتشار ظاهرة الإدمان فيه وذلك بـ :

• حماية الأسرة من التفكك بالتشدد في القوانين المنظمة لظاهرة الطلاق .

● حماية الطفولة وتوفير وسائل الترفيه وأماكن قضاء وقت الفراغ ، وتوفير العناية الصحية اللازمة .

● رعاية الأطفال المشردين والاهتمام بهم والاعتناء بدور الإيواء ، وتزويدها بكل ما تحتاجه من متطلبات مادية وكوادر فنية .

● توفير مواطن العمل لكل قادرعليه ، وتأمين الأمن الوظيفي للعاملين .

● تربية مواطن التربية الدينية والأخلاقية الصالحة – عبر أجهزة الإعلام التى تمتلكها الدولة .

● محاربة الرذيلة والعادات الغريبة عن ثقافتنا ، المهددة لها بسن القوانين والعقوبات الرادعة حتى تستخدم مع الحالات التى تفشل معها كل الاجراءات التربوية والنفسية .

العلاج :

تتنوع طرق العلاج تبعا للعقار المؤدى إلى حالة الإدمان . وسنعرض طرق العلاج بشكل عام دون ربطها بعقار معين .

(أ) **العلاج العضوي** : يستخدم فيه الإنعاش إذا كان المدمن في حالة غيبوبة ، وفي منع أعراض الامتناع عن تناول العقار ، وعلاج المضاعفات النفسية والعقلية والجسمية كما تقدم الأدوية[1] المنفرة في علاج بعض حالات الإدمان الكحولي .

(ب) **العلاج النفسي** : يتنوع العلاج النفسي تبعا لتقدير المعالج للعوامل الكامنة وراء الحالة من هذه الأنواع :

١ – العلاج المركز حول العميل : Client- Centred Therapy
الذى يشمل : (الدمرداش ١٩٨٢ ص ١٢٠)

● تعليم المدمن الأساليب الصحيحة لمواجهة مشاكله .

● تصحيح فكرته عن نفسه .

---

(١) من الأمثلة على تلك الأدوية : الانتابيوز **Antibuse** الأبستيم **Abstem** الفلاجيل **Flagyl** (الإدمان الكحولي) . كما يقدم الميثادون في حالة الإدمان على المورفين .

● تعليمه مواجهة الواقع وتحمل مسئوليات الفشل ووسائل السلوك البديلة غير العقاقير المهدئة أو المنعشة أو الكحولية .

● تفهم مشاكل المدمن وجعله يحس بالدفء العاطفي .

٢ – العلاج الجماعي Group Therapy ويهدف إلى :

● تعليم المدمن أنماط السلوك الاجتماعي وأساليب التعامل مع الآخرين .

● تزويده بالمساندة وتعليمه مواجهة نفسه ومواجهة الغير .

● تصحيح مفاهيمه الخاطئة عن الإدمان .

● تعليمه كيفية اتخاذ القرار من خلال المشاركة الجماعية وهو في حالة من الوعي .

٣ – العلاج الزواجي Marital Therpay : ويتوجه هذا النوع من العلاج إلى زوجات المدمنين . ذلك أن شخصية الزوجة وعدم تماسك الحياة الزوجية من الأسباب التى تدفع بالزوج للإدمان وهذا النوع من العلاج يهدف لمعاونة المدمن على الشفاء بإعادة تنقية جو العلاقة الزوجية الذى سيعود إليه بعد خروجه من المستشفي .

٤ – العلاج الأسرى Family Therapy : ويهدف إلى تدريب الأسرة على وسائل الاتصال الصحية والسليمة وإدراك الداوفع التى أدت إلى حالة الإدمان .

٥ – العلاج السلوكي Behavior Therapy : ويهدف إلى تعليم المدمن كراهية العقار المدمن عليه . وذلك بتقديم العقار مقرونا بأدوية أخرى[1] تترك آثارا مؤلمة لدى المدمن . وبتكرار هذا الاقتران تزول الآثار الإيجابية التى يحس بها المدمن حين تناوله للعقار . كما يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعليم المدمن الوسائل الصحيحة لازالة حالة التوتر . كما تعلمه وسائل تأكيد الذات وتحقيقها .

---

(١) من الأدوية المستخدمة في هذا المجال الأمتين أو الأبومورفين التي تسبب الغثيان والتقيؤ ، ثم استبدلت هذه الأدوية بالصدمة الكهربائية . ثم جلسات الاسترخاء التى يطلب فيها تخيل تعاطي العقاقير في وقت يكون قد تناول الأدوية التى تؤدى إلى القيء . فيتزامن التخيل مع التقيؤ . للاطلاع على المزيد من طرق العلاج السلوكي انظر كتاب الإدمان : مظاهره وعلاجه ، عالم المعرفة ، ١٩٨٢ م للدكتور / عادل الدمرداش . ص ١٢٦ – ١٣٤ .

(جـ) **العلاج الديني** : يهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المدمن وبناء شخصيته على أساس الإيمان المطلق بالعقيدة الدينية ، ومن ثم الاعتراف بينه وبين نفسه أنه ارتكب خطيئة بامكانه أن يكفر عنها ، وأن باب التوبة مفتوح على مصراعيه . ثم يبدأ بأداء الواجبات الدينية وعلى رأسها الصلاة والصوم ويحضر جلسات ارشادية جماعية تبين فيها آراء الدين بشأن المخدرات والكحول . ويبين فيها المنهج الديني وكيف عالج انتشار الكحول الذى كان سائدا في العصر الجاهلي . ثم يحضر مجالس الذكر التى يرتل فيها آيات من القرآن الكريم وتتلى بعض الأدعية .. ثم يشجع المدمن على المشاركة في الأعمال الخيرية ، والألعاب الجمعية الحرة ... الخ .

وأخيرا نود أن نؤكد أن حالات الإدمان تحتاج إلى أكثر من نوع واحد من العلاج لذا لابد من تكوين فريق عمل يشمل الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمعالج الديني ليتعاون الجميع في علاج هذه الظاهرة .

التدخين

Tobacco Smoking

التدخين من العادات القديمة ، ويقال أن أهالي سان سلفادور قدموا أوراق التبغ هدية إلى كريستوفر كولومبوس ، مكتشف أمريكا ، في ١٢ أكتوبر / ١٤٩٢ . وأن كلمة Tobacco قد تعود إلى اسم أنبوب مزدوج استخدمه الأهالي لاستنشاق السعوط ، أو تكون نسبة إلى مقاطعة توباكوس في المكسيك حيث كان التدخين منتشرا فيها . (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ١٦)

وانتشرت هذه العادة شيئا فشيئا لتعم مختلف بلدان العالم . ويمارسها الذكور والإناث والصغار والكبار . وتبنى لانتاج التبغ المصانع الحديثة ، وتخصص لزراعته أجود الأراضي ، ويصبح تجارة رابحة وتتحمل الدول تكاليفه الباهظة لدرجة أن الولايات المتحدة مثلا تنفق ٦٠ مليون دولار في كل عام ، والسعودية، ٣٦٥ مليون ريال سنويا . وقد وصلت تكاليف استهلاك التبغ إلى المستوى الذى جعل منظمة الصحة العالمية WHO تعلن في تقريرها الأخير الذى صدر يوم ١٠ أكتوبر / ١٩٨٣ عن فشل برنامجها « الصحة للجميع » مع نهاية

هذا القرن ، نظرا لعدم توفر المال اللازم لتوفير شروط الصحة للفرد والمجتمع . ويعلن أيضا أنه لو أمكن صرف ثلثي ما ينفقه العالم في شراء السجاير لأمكن تزويد كل إنسان بأهم متطلباته الصحية (الوطن ، اكتوبر / ١٩٨٣) . ويفيد تقرير من بريطانيا أن البلاد تخسر ٥٠ مليون يوم عمل نتيجة لتغيب العمال بسبب الأمراض الناتجة عن التدخين .

والتدخين ليس مشكلة اقتصادية فحسب ، إنما هو مشكلة صحية أيضا . يقول تقرير الكلية الملكية الصادر بلندن عام ١٩٧٧ : إن كمية النيكوتين[١] الموجودة في السيجارة الواحدة كفيلة أن تقتل إنسان في أوج صحته لو أعطيت له هذه الكمية بواسطة إبرة في الوريد) . (الباز ، ١٩٨٠ ، ص ٢٨) ، ويقول تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام ١٩٧٥ أن عدد الذين يلاقون حتفهم أو يعيشون حياة تعيسة من جراء التدخين يفوق عدد الذين يلاقون حتفهم نتيجة الطاعون والكوليرا والجدرى والسل .... الخ[٢] ويقول الدكتور / كيث أن من بين كل ثلاثة مدخنين واحد منهم سيلاقى حتفه نتيجة التدخين .

وبالرغم من أن التدخين مشكلة اقتصادية آثارها ماثلة للعيان ، وهو مشكلة صحية ثابتة ومؤكدة ، إلا أن الأفراد والمجتمعات لا ينظرون إلى عادة التدخين نظرتهم إلى الكحول والمخدرات ، إنما في الغالب يتقبلون تلك العادة ويمارسونها دون أدنى تفكير في عواقبها . والذي يهمنا هنا هو أن نبحث عن الأسباب التى تدفع بالفرد لإيذاء نفسه من خلال السيجارة ، لنرى ما إذا كان هناك ارتباط بين الصحة النفسية للفرد وتوجهه إلى هذا السلوك . ثم نعرض لطرق الوقاية والعلاج من هذه العادة التى لا شك أنها ضارة بصحة الإنسان[٣] .

---

(١) النيكوتين : مادة التبغ الفعالة وهي مأخوذة من اسم سفير فرنسا لدى البرتغال (جان نيكو) الذى جرب التبغ وأقنع الناس في فرنسا بفوائده .

(٢) يموت ما بين مائتين إلى ثلاثمائة ألف سنويا بسبب الأمراض الناتجة عن التدخين . (Mausnet et al . 1971 - p .1) .

(٣) أ –أول وثيقة علمية أثبتت أضرار التدخين تقرير أحد الجراحين الأمريكيين الذى نشر عام ١٩٦٤ ، وتقرير الكلية الملكية البريطانية للأطباء سنة ١٩٦٢ ، ١٩٧٧ ، (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٥٥) .

ب – إن إصرار الفرد على التدخين رغم معرفته الأكيدة بمضاره نوع من الإنكار Denial الذى هو حيلة دفاعية لا شعورية لدرء الخطر – كما فسرها فرويد – وبالتالي يكون التدخين دالة على سوء توافق الفرد (Mausner , 1971 , p . 3) .

أسباب التدخين :

(ا) **العوامل النفسية** : تذهب مدرسة التحليل النفسي الفرويدية في تفسيرها لعادة التدخين إلى نفس ما ذهبت إليه تقريبا في تفسيرها للإدمان الكحولي أو إدمان المخدرات . فالمدخن شخص مضطرب الشخصية تثبت نموه النفسي الجنسي عند المرحلة الفمية ، ولذا فهو محتاج إلى وضع شيء في فمه لإشباع الرغبات اللذية الكامنة لديه ، والتدخين من هذه الأشياء .

ولكن إذا كنا نقبل هذا التفسير للإدمان على العقاقير إلا أنه ليس من السهل أن يقبل بهذا الرأى فيما يتصل بالتدخين ، ولا نعتقد أن هذا التفسير يمثل حجة علمية مقنعة . فليس كل من يدخن هو مضطرب الشخصية بالضرورة . وحتى الآن لم يثبت وجود علاقة بين التدخين والاستعداد للإصابة بالأمراض النفسية .

ونعتقد أن الدافع إلى حب الاستطلاع يمكن أن يكون وراء التجارب الأولى في التدخين ، فبعض الأطفال يبدأون التدخين في سن ٥ سنوات واتضح من دراسات أجريت في الولايات المتحدة وأوربا أن ٣٠ ٪ من البالغين المدخنين بدأوا هذا الفعل من سن ٩ سنوات ، وأن ٨٠ ٪ من الأطفال الذين يدخنون بانتظام يستمرون في التدخين عندما يكبرون (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٦٥) .

كما أن رغبة المراهق[1] في الاستقلال عن البيت والمدرسة تدفعه إلى سلوكات يعتقد أنها مظهر من مظاهر الرجولة ، والتدخين هو أحد هذه المظاهر . (Henderson, 1974)

(ب) **العوامل الاجتماعية** : يذهب بعض الباحثين إلى أن تدخين الوالدين والمدرسين ورفاق اللعب يشجع الحدث على مجاراتهم وتقليدهم ، فهو يربط بين التدخين والنضج والحرية والجاذبية التى يتمتع بها الكبار أو الرفاق المدخنون . كما أنه يشعر بالرغبة في التوحد مع مجموعة الرفاق والانتماء لهم من خلال مشاركتهم

---

(١) تشير بعض الدراسات إلى أن التدخين مرتبط بالتغيرات التى تطرأ على سلوكات الفرد أثناء انتقاله من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة حيث يبدأ يمارس قيادة السيارة ، ويبني علاقات جنسية غيرية ، ويتناول الكحول والمخدرات ، ويتخذ القرار بملء إرادته .. الخ (Manusner , 1971) .

ما يؤدونه من طقوس ومنها التدخين وإلا نُبِذَ وعُدَّ خارجا عن قانون الجماعة . لهذا تعتبر المدرسة السلوكية أن ثناء الرفاق يعد عاملا تدعيميا لسلوك التدخين يدفع بالفرد إلى معاودة هذا الفعل رغم ما يحس به المبتدىء من غثيان وسرعة دقات القلب ودوخة[1] .

ويؤكد هذه العوامل أحد الباحثين الذى يرى أن هناك أربعة عوامل ترفع نسبة التدخين بين النشء إلى ٧٠ ٪ وهذه العوامل هي : « عدد الأقران المدخنين ، تساهل الوالدين ، عدم الاكتراث أو الخوف من الإصابة بسرطان الرئة ، وأخيرا الرغبة في الظهور بمظهر البالغين » . (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٦٥) .

(ج) **العوامل الجسمية** : إن تعود المدخن على نسبة تركيز معينة لمادة النيكوتين في جسمه يدفعه إلى تعاطيه حتى يتلافى الآثار السلبية التى تنتج عن نقص هذه النسبة من مثل : اضطراب النوم ، عدم الاستقرار والعصبية وسرعة الإثارة ، وضعف التركيز والصداع وهذا هو التدخين الإدماني[2] .

وحيث إن جرعات صغيرة من النيكوتين تنشط المخ وتنبه الجهاز العصبي فإن المدخن يلجأ إلى هذا الفعل لمساعدته في التفكير والتركيز في المواقف المجهدة أو يساعده على المثابرة على الأعمال المملة . ولكن الجرعات الكبيرة تهبط المخ وتشل أو تعطل الجهاز العصبي عن أداء وظيفته بشكل ملائم .

التدخين والصحة النفسية :

لقد بات واضحا مما تقدم أن للتدخين آثارا صحية وضارة من خلال ما يسببه الافراط فيه من أمراض جسمية خطيرة ، وأن لجوء الفرد له تحت أية

---

(١) هذه الأعراض نتيجة لتسرب مادة النيكوتين الكائنة في التبغ إلى جسم الإنسان ومن الظواهر التي يسببها : ارتفاع ضغط الدم ، اقلال إدرار البول ، فقد الشهية ، زيادة افراز اللعاب والعرق ، سرعة تخثر الدم ، وسهولة تكون الجلطة .

أما أول أكسيد الكربون الناتج عن احتراق الفحم غير الكامل فيؤدى إلى الإصابة بتصلب الشرايين أما القطران الكائن في التبغ فيسبب سرطان الرئة .

(٢) أدرجت منظمة الصحة العالمية التبغ ضمن المواد التى تؤدى إلى الإدمان ويذهب الدكتور / مايكل راسل من معهد المودزلى للطب النفسي في انجلترا » أن تدخين السجاير في أغلب الأمور من أكثر أنواع السلوك الإدماني التى عرفها الإنسان (الدمرداش ، ١٩٨٢ ، ص ٢٦٨) .

حجة لا يعبر عن اختيار واع مسئول أكثر من تعبيره عن تقليد أعمى ومحاولة غير سليمة وغير حقيقية لتحقيق أهداف يصبو إليها .

ومن هنا فإن التدخين يؤثر سلبا على صحة الفرد النفسية ويوقعه في مشاكل جسمية واقتصادية هو في غنى عنها . هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى فهو مؤشر على أن صاحبه لم يتعلم الوسائل الأفضل لتحقيق أهداف نموه المشروعة من اثبات لذاته وتأكيدها وتحقيقها في النهاية ، ولم يتعلم أن الحرية والاستقلالية عن الوالدين لا يمكن أن تتحقق بهذا المظهر الخادع الذى هو التدخين ، فهو بالتالي لم يكتسب السلوكات التوافقية الحسنة ، مما يشير إلى خلل أكيد في صحته النفسية وإن لم يصل في حدته إلى ما وصل إليه حال مدمني المخدرات والكحوليين .

الوقاية :

على ضوء ما ذكرناه من عوامل تدفع إلى التدخين . يمكننا اقتراح الوسائل الوقائية التالية :

١ – الحرص على أن نقدم لأطفالنا القدوة الحسنة فنقلع نهائيا عن التدخين سواء كنا آباء أو مدرسين . وإلا نعقد الأمور بأن نلجأ إلى عدم التدخين أمامهم فقط ، فغالبا ما يستكشفون ذلك مما يؤدى إلى اهتزاز الثقة بيننا وبينهم ويدفعون إلى ممارسة هذا الشيء الممنوع .

٢ – إن ارتباط عملية التدخين بالمواقف الصعبة كأن يدخن الكبير عندما يكون متوتر عصبيا ، أو عندما يواجه مشاكل معينة ، يترك انطباعا لدى الأطفال أن التدخين وسيلة لحل المشاكل وتهدئة الأعصاب الثائرة مما يشجعه على بداية تجربته في التدخين .

٣ – إن إكساب الأطفال الوسائل التوافقية الناجحة ، يساهم في عدم اختياره للتدخين كوسيلة هروبية أو توافقية غير ناجحة .

٤ – إن عدم تساهل الوالدين مع أطفالهم في هذا الموضوع يعتبر عاملا منفرا لهم يقوى الآثار السلبية لتجربة التدخين الأولى ، فيزداد الأمل في ألا يعاود الطفل تلك التجربة .

٥ – عدم التساهل في نوعية جماعة اللعب التى يندمج فيها الطفل فلابد من ابعاده عن جماعة المدخنين .

٦ – تزويده بالمعارف عن الأخطار التى يسببها التدخين وذلك من خلال أجهزة الإعلام والدروس المدرسية ، وخطب يوم الجمعة في المساجد .

٧ – تعليم الأطفال أشكال التعبير عن مظاهر الرجولة والنضج ، عله ينبذ التدخين كأسلوب تعبيرى عن هذه المظاهر .

العـلاج :

أما علاج المدمنين على التدخين فيتم عبر العيادات الخاصة بذلك ، ويشمل :

(ا) **الإقلاع الفجائي والنهائي** : ويمكن للمدخن أن يصل إليه بابتعاده عن المدخنين ، وممارسة الرياضة البدنية ، وإشغال يديه بوسائل التسلية التطريز للمدخنات والرسم والنحت أو النجارة بالنسبة للمدخنين .

(ب) **الجماعات العلاجية** : تعقد هذه الجماعات جلسات مسائية تشمل برامجها المحاضرات والمناقشات الجماعية وتلاوة الترانيم الدينية وتناول غذاء خاص وأداء تمارين التنفس والاسترخاء العضلي ... الخ .

(ج) **العقاقير** : تمكن طبيب سويدى من علاج المدمنين على التدخين باستخدام العلك الذى يحتوى على النيكوتين (نيكوريت) وقد وجد د . راسل أن ٣٨ ٪ من بين ٦٩ حالة قد نجح معها مثل هذا العلاج وتوقفت عن التدخين لمدة سنة . (الدمرداش ١٩٨٢ ص ٢٧٤) .

ويمكن للطب أن يقدم المهدئات البسيطة كالفاليوم ، والليبريوم بجرعات صغيرة ولمدة محدودة لمساعدة المقلع عن التدخين في التغلب على آثار الامتناع في بداية الأمر .

(د) **العلاج السلوكي** : يعتمد هذا النوع من العلاج على نظرية التعلم الشرطي التى تفترض أن التدخين استجابة متعلمة ارتبطت بمواقف معينة وبالتالى يمكن ازالة هذه الاستجابة إذا ما أوجدنا نفس المواقف مقرونة بخبرات مؤلمة .

مثلا : يطلب من المدخن إشعال السيجارة وتدخينها والاستنشاق كل ٦ ثوان ويستمر فى ذلك إلى أن يشعر بجفاف الحلق الشديد ، وخرقان اللسان ، واحتقان الحلق ، والغثيان ، والدوخة ، واحتقان الوجه ، والصداع ، إلى أن يطلب هو التوقف وبعد ذلك تبدأ مناقشة مضار التدخين وتوجيهه وتشجيعه على التخلص من هذه العادة . (الدمرداش ، ١٩٨٢) .

كما يمكن استخدام أسلوب « التطمين المتدرج » وذلك بتخيل المدخن المواقف التى يعتقد أنها تدفعه إلى تناول السيجارة ، وهو فى حالة من الاسترخاء وكلما تخيل الموقف وتوترت أعصابه يطلب إليه العودة إلى حالة الاسترخاء وهكذا وتهدف هذه الطريقة إلى تفريغ الشحنة الانفعالية لتلك المواقف التى تدفع به إلى التدخين (إبراهيم ، ١٩٨٠) .

الشخصية السيكوباتية
Psychopathic Personality

السيكوباثية من المشكلات النفسية الاجتماعية والاقتصادية التى تواجه الأسرة والمدرسة والمجتمع ، وتهم علماء النفس والاجتماع والتربية ورجال القانون والأمن لما تتركه من آثار سلبية ضارة بالفرد والمجتمع ، ولما تسببه من تهديد للصحة النفسية ، وهدر في رأس المال البشرى . وسنحاول توضيح جوانب هذه المشكلة بتحديد أعراضها وأسبابها وأهم طرق الوقاية منها وعلاجها .

تطور المصطلح :

منذ عام ١٨٣٥ م أشار الطبيب البريطاني بريتشارد **Prichard** إلى وجود حالات مرضية لا يمكن تصنيفها ضمن المصطلحات المعروفة آنئذ في الطب النفسي . لذا أطلق على هذه الحالات اسم الخبل أو البله الأخلاقي **Moral Insanity** أو **Moral Imbecile** وقد وصفها بأنها نوع من الاضطراب العقلي يبدو معه صاحب وكأنه معوق عقليا ، أو مصاب بصدمة في دماغه **Brain Damage** غير قادر على الضبط الذاتي لسلوكاته ، فتتعثر تبعا لذلك أعماله اليومية والحياتية .

وفي عام ١٨٩١ وسع كوخ Koch مجال « الخبل الأخلاقي » فأضاف إلى ما ذكره بريتشارد بعض الحالات الخفيفة من الهستيريا والوساوس . ومنذ ذلك الحين بدأت تظهر في لغة الطب النفسي مصطلحات أخرى مترادفة تجمع تحتها جميع الحالات التي لا تصنيف في إطار الاضطرابات النفسية Neurosis أو الاضطرابات العقلية Psychosis[1] .

وفى عام ١٩١٥ أدخل كريلين مجموعة الأفراد الذين يقفون على أبواب الذهان Borderline ضمن الحالات التى ذكرها كوخ . وفي عام ١٩٢٣ اقترح شنيدر مصطلحا جديدا لتلك الحالات هو : إعاقة ذات أصول وراثية .[2] .
(Constitutional Defect)

أما في السنوات الأخيرة فإن أكثر المصطلحات استخداما هي :

الشخصية السيكوباثية ، الجناح Delinqyency السوسيوباثية Sociopath الاستجابة المضادة للمجتمع Antisocial Reactions استجابات الانفصال عن المجتمع Dyssoccial reactions . وسنقصر عرضنا هذا على موضوع الشخصية السيكوباثية فقط :

أعراضها :

يعرف هندرسوس وجيلبسي Henderson and Gillepsie السيكوباثيين بأنهم غير العاديين منذ الطفولة المبكرة ، سواء في استجابتهم الانفعالية أو سلوكاتهم العامة . ولكنهم لم يصلوا إلى درجة من الحدة تجعلهم يندرجون في عداد المرضى أو المتخلفين عقليا .

---

(١) من هذه المصطلحات نذكر : Constitutional Psychopathic Inferiority -
- Constitutional Psychopathic State
- Emotional Inforiority .
- Psychopathic State .
- Psychopathic Inferiority .

(٢) ثم ظهرت مصطلحات أخرى مثل : . Character disorders -
- Moral Feeble - mindeness .

أما هنرى Henry فيتفق مع زميله في **الاضطراب الانفعالي** ، كعرض من أعراض السيكوباثية ولكنه يرفع من حدة هذا الاضطراب ليصل إلى معاناة الإحساس بالنقص المرضي Psychopathic Inferiority, مما يدفعه في الغالب لرفض قوانين وضوابط المجتمع . ومما يزيد الأمر سوءاً أن هذا الفرد غير القادر على ضبط دوافعه أو الاستفادة مما يتعرض له من خبرات كما أنه لا يملك القدرة على الاستبصار .

ويرى مونيس Munice أن السيكوباثي يعاني اضطرابات في النمو ، دون تحديد ناحية معينة ، وتأخرا في الذكاء ، وعدم الاتزان والانسجام بين مكونات الشخصية .

أما ستريكر وايبو Strecker and Ebaugh فيرونه غير القادر على مواجهة مطالب بيئته أو الاستفادة من خبراته أو الالتزام بأخلاقية المجتمع (Hunt, 1944 ,pp.922 - 923) .

إن هذه التعريفات في جملتها تعكس التذبذب في تحديد هذه المشكلة خاصة في بدايات هذا القرن ، حيث لم يتفق الباحثون على أعراض معينة ومحددة للشخصية السيكوباثية وكل ما يمكن أن نخرج به من هذه التعريفات أن السيكوباثي يعاني صعوبات في توافقه الاجتماعي والانفعالي . ولهذا نشطت الدراسات في هذا الميدان وتصدت المؤسسات الدولية المهتمة بهذا الموضوع لتحديد أعراض هذه المشكلة .

وباستقصاء البحوث[1] التي قارنت بين شخصيات العاديين وشخصيات السيكوباثيين نجدها قد توصلت إلى أربعة فروق رئيسية تميز الشخصية السيكوباثية وهي :

١ - ضعف الضمير واختفاء مشاعر الذنب والفشل في اكتساب الضوابط الداخلية .

---

(١) للاطلاع على أمثلة من هذه البحوث يرجع إلى :

- Suinn R .M . Fundamentals of behavior Pathology , John Wiley & Sons Inc ., 1970 PP. 176 .
- Butcher J.N. Abnormal Psychology , Brooks / Cole Publishing Company , 1971 , PP . 49 , 51 .

٢ – البطء في بعض أنواع التعلم خاصة التعلم الذى يحتاج للوعي بمعايير وقيم المجتمع .

٣ – مواجهة الإحباط بالاندفاع والعدوان دون حساب النتائج .

٤ – ضعف المشاركة الوجدانية والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين (إبراهيم ، ١٩٨٠ ص ٤٧ ، ٤٨) .

وفي عام ١٩٦٨ وضعت الجمعية الأمريكية للطب العقلي American Paychiatric Association التعريف التالي لما أسمته Inadequate Personality وهو مرادف للشخصية السيكوباثية ويتميز السلوك السيكوباثي بعدم الكفاءة ، عدم القدرة على التكيف ، عدم الثبات الاجتماعي ، عدم المشاركة الوجدانية انخفاض القدرة على التحمل جسميا ونفسيا ، لا يعاني أية إعاقة جسيمة أو عقلية ، اللامبالاة والسلبية (Butcher, 1971,p. 48) .

إذا كانت هذه هي سمات الشخصية السيكوباثية ، فإن صاحبها بعيد كل البعد عن متطلبات الصحة النفسية والتى أولها التوافق المشروع مع ذاته ومع بيئته فهذا الفرد عدو لدود لكل ما يحيط به ، لا يردعه وازع من ضمير أو عقاب يفرضه القانون ، فهو بالتالى ليس خطرا على ذاته إنما هو خطر على الآخرين ، غالبا بدون إرادته ولهذا فهو أقرب إلى المضطربين منه إلى المجرمين ، فهو أحق بالرعاية والعلاج منه بالعقاب ، فما هي الأسباب التى تدفع ببعض الأفراد ليكونوا بهذا الشكل .

أسباب المشكلة :

١ – **العوامل النفسية :** ترد مدرسة التحليل النفسي السيكوباثية إلى توقف النمو النفسي الجنسي للطفل عند مرحلة تكون « الهو » أو « اللاشعور » بمحتوياته من غرائز بدائية لا يهمها إلا تحقيق الإشباع اللّذّى دونما مراعاة للقوانين والعادات والتقاليد وآداب المجتمع . وهذا التوقف يمنع تكون « الأنا الأعلى » أو الضمير الذى يردع الفرد ويمنعه من الانسياق وراء دوافعه البدائية ، ويفرض عليه ضرورة الالتزام بالضوابط الاجتماعية والأخلاقية والدينية . ويعزو التحليل النفسي هذا التوقف في النمو إلى نبذ الوالدين للطفل وتعريضه للمواقف المحبطة ، مما يتعذر معه وجود علاقة تفاهم وقبول ومودة بين الطفل ووالديه . ويترتب على هذا

الوضع بروز قلق داخلي لدى الطفل يوجه طاقته الانفعالية نحو السلطة الوالدية أو أية سلطة تشبهها كسلطة المدرس في المدرسة أو سلطة الشرطي أو سلطة رب العمل .. الخ وتخرج هذه الطاقة إلى حيز الفعل على شكل عدوان وتدمير للجوانب المادية والمعنوية لحضارة المجتمع . وقد يصل به الحال إلى ارتكاب جرائم القتل والاغتصاب والسرقة ... الخ وقد أيدت وجهة نظر التحليل النفسي العديد من الدراسات مثل دراسة Red عام ١٩٥٧ حول الأطفال الذين يكرهون Children who hate ودراسة Greet عام ١٩٦٤ . (Suinn, 1970) .

وتكاد الكثير من الدراسات تتفق على أن تعرض الطفل للصراع والاحباط والتوتر والقلق والانقباض والحرمان العاطفي وانعدام الأمن والخبرات المؤلمة وعدم اشباع الحاجات ، وتكوين مفهوم سالب للذات والضعف العقلي كلها يمكن أن تساعد في إيجاد الشخصية السيكوباثية . (زهران ، ١٩٧٨ ، ص ٥٢٨) .

٢ - **أساليب التنشئة الاجتماعية** : إن أسلوب التنشئة الاجتماعية الذى تتبعه الأسرة في تربيتها لأطفالها والقائم على الإفراط في اللين والرعاية والحماية وعلى العكس الإفراط في القسوة والعقاب والتفرقة في المعاملة واللامبالاة والإهمال والرفض ، والفشل في تعليم القيم والمعايير الاجتماعية ، كل ذلك يساهم في بناء بعض مكونات الشخصية السيكوباثية .

ففى دراسات لبارترج Partridge(١٩٢٨) ومكورد ومكورد Mackord and Mackord تبين أن نبذ الطفل .Parent Rejection وخاصة من الأم يعتبر من العوامل في بروز تلك الشخصية . وفي دراسة لبندر Bender (١٩٤٧) وجد أن الحرمان العاطفي والإهمال خاصة في السنوات الثلاث الأولى من العمر تساهم في انحراف الأطفال وقد أشار علماء نظرية التعلم الاجتماعي أمثال بندورا .Bandura وولتر Walter (١٩٥٩) إلى أن السلوك السيكوباثي يتعلمه الطفل من خلال التقليد لنماذج الآباء السيكوباثيين الذين لديهم اتجاهات متناقضة ولا يقيمون وزنا للسلطة أو القانون[1] (Mussen, 1970, p.567) . كما أشار إلى أن قلة حظ الوالدين من الحنو والمحبة أو شدة ميلهم إلى العقاب ،

---

(١) تبنى ميشيل أرجايل من أكسفورد بريطانيا نظرية مفادها أن الأطفال يتوحدون بوالديهم بدرجة معينة بمعنى أنهم يتخذون من الآباء نماذج يحاكونها ويقتدون بها . (إرجايل ، ١٩٧٨) .

والرفض ، أو أن يكونا غير متطبعين التطبيع الاجتماعي المناسب ، كل هذا يؤدى إلى فشل التطبيع الاجتماعي للطفل ويهيؤه ليكون سيكوباثيا (Suinne 1970) .

٣ - **العوامل العضوية** : إن وجود عاهات جسمية أو تشوهات خلقية قد يخلق لدى الفرد إحساس بالنقص فليجأ إلى التعويض عن هذا النقص من خلال السلوكات الضارة بالمجتمع وكأنه يريد أن ينتقم لعاهته ، أو يقول للناس بصوت مرتفع إننى أقوى منكم رغم عاهتي .

وهناك دراسات للسجلات الكهربائية للمخ للأفراد السيكوباثيين نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية ، منها دراسة أيرلخ وكيغ (Ehrlich & Keogh عام ١٩٥٦ حيث وجد أن ٨٠ ٪ منهم أظهروا رسما غير عادى(suinne, 1970,p.275) وفي نفس العام أجريت دراسة على عينة من ٦٢٣ سيكوباثيا قام بها (Schwarde & George) ثبت خلالها أن ٤٥٣ أبدوا أنماط غير عادية في الرسام الكهربائي . وبناء على هذه النتائج افترض هؤلاء الباحثون أن الشخص السيكوباثي يعاني عجزا في النضج الفسيولوجي ، وسوء التكامل في القشرة المخية واختلال التوازن الحيوى أو الهوميوستازى .

ويعلق سوين على هذه النتائج بقوله : ولكن الفحص الدقيق للبيانات والتقارير توصلنا إلى النتيجة الأكثر حيطة والقائلة : أن بعض السيكوباثين لا كلهم تصدر عنهم تصرفات غير عادية بسبب خلل أو تلف عضوى وربما كانت الملامح السيكوباثية الشائعة والتى يمكن أن نرجعها إلى عوامل نيورولوجية هي : الاعتداءات البدنية ، القابلة للتهيج ، القابلة لتشتت الانتباه ، قلة الاستقرار ، سوء سيطرة المرء على نفسه ، صعوبة تكيف الفرد للقيود الروتينية . (Suinn, 1970,p. 77)

٤ - **العوامل الوراثية** : يذهب البعض[1] إلى أن للوراثة دور في السيكوباثية معتمدين في رأيهم هذا على :

- ظهورها في مرحلة طفلية مبكرة .

---

(١) أ - من المدافعين عن دور الوراثة Kahn وذلك لأنه لم يميز بين المضطرب نفسيا (العصابي) والسيكوباثي (Hunt , 1944 , p . 922)

- وجود عدد أكبر من أفراد عائلة السيكوباتي سيكوباتيين أيضا .[1]
- مقاومة السيكوباتي للعلاج .

ويرد المعارضون لدور الوراثة بأن هذه الحجج كلها لا تثبت دور الوراثة ذلك أن تأثير التنشئة الاجتماعية يبدأ بعد الميلاد ، وأن الأنماط المتعلمة من السلوكات يمكن أن يستمر طوال الحياة ، وأن التقليد هو الذى يعدد هذه الحالات في الأسرة الواحدة لا الوراثة ، وأن مقاومة العلاج ليست وقفا على هذا النوع من الانحرافات .

ومهما يكن من أمر فإن كان للوراثة دور فإن دورها يتمثل ربما في جوانب أخرى أهمها الجانب العقلي والجانب التعليمي ، فهي تزود الطفل باستعدادات التعلم والاكتساب .

الوقاية :

لما كانت السيكوباتية دالة على نوع من السلوك قد يصل في سوء توافقه إلى ما يصل إليه سلوك كثير من المضطربين عقليا ، ويمثل خرقا للقانون الخلقي السائد في المجتمع . وحيث إن السلوك هو نتاج التفاعل بين مكونات الفرد العضوية ومكونات البيئة ، فإن لطرق التنشئة الاجتماعية المتبعة في الأسرة دورا رئيسيا في خلق تلك الشخصية . وعليه لابد من الإشارة إلى بعض الاجراءات التي قد تفيد في هذا المجال ، وتحول دون بروز هذا الخلل في شخصية بعض الأفراد .

١ - توفير التنشئة الاجتماعية السليمة للأطفال داخل الأسرة أولا بحيث تستجيب لمطالب النمو في كل مرحلة من مراحله . وهذا لا يتم إلا بالرفع من المستوى الثقافي للوالدين ، وتزويدهم بالمعلومات الكافية في هذا المجال عبر وسائل الأعلام المختلفة ، وتوفير المستوى الاقتصادى المعقول حتى لا يعيق البحث عن لقمة العيش والدىّ الطفل عن الانتباه إلى تربيته أو يدفعهم إلى اهماله .

---

(١) من دراسة التوائم المتطابقة وغير المتطابقة وجد أن نسبة انتشار الانحرافات السيكوباتية بين الصنف الأول ٢٥ وبين الصنف الثاني ١٤ . وهذا من الحجج التى يسوقها أنصار الوراثة (كاشدان ، ١٩٧٧) .

٢ – إن تكوين الضمير الجمعي لدى الطفل من ضروريات تنشئته الاجتماعية فبدونه لا يستطيع ضبط دوافعه ، ولا يمكنه الالتزام بقوانين المجتمع أو احترام ما فيه من عادات وتقاليد . وهذا لا يتم إلا من خلال التربية الدينية التى تزوده بمعايير محدده ، للحلال والحرام ، والحسن والقبيح والخير والشر ، وتغرس في نفسه الخوف من الله ومراقبته له في كل فعل يؤديه . وتعلمه التكافل والتضامن الاجتماعي والذى يلخصه الحديث الشريف « أحب لأخيك ما تحب لنفسك » ، وترسم له حدود حريته وتبين ما له من حقوق وما عليه من واجبات .

٣ – توفير الحنان والعطف والأمن والانتماء خاصة في مراحل النمو الأولى فهى الزاد النفسي الذي سيتغذى عليه عندما يكبر ، واشعاره بأنه مقبول في الأسرة ، وبناء علاقات تتسم بالانفتاح والود والصداقة لأن نمط العلاقات الأسرية هو الأساس لعلاقاته الاجتماعية خارج الأسرة .

٤ – حماية الأسرة باعتبارها الخلية الأساسية للمجتمع ، حمايتها من الانهيار ومنع الرجل من استخدام حقه في الطلاق إذا ترتب عن ذلك الحق تفتيت بنيان الأسرة وتشريد أطفالها . كذلك حماية الطفولة في حالة تفكك الأسرة وتوفير الرعاية اللازمة للأطفال المشردين والأيتام .

٥ – اهتمام المدرسة بمعالجة مشكلات تلاميذها أول بأول بحيث لا تتراكم هذه المشاكل وتؤدى إلى لجوء أصحابها إلى حيل دفاعية هروبية بدلاً من المواجهة الموضوعية لتلك المشكلات .

٦ – الاهتمام بمعالجة العيوب الخِلْقيَّة والتشوهات الجسمية لما يمكن أن تتركه من آثار نفسية سلبية لدى الطفل . وكذلك المعالجة المبكرة لأية ظاهرة قد تكون أسبابها نيورولوجية .

٧ – محاولة التنبؤ المبكر بظهور مشكلة السيكوباثية ، وذلك باستخدام مقاييس القابلية للانحراف السلوكي حتى نتمكن من اتخاذ الاجراءات الوقائية قبل تفاقم المشكلة .

العـلاج :

ساد الاعتقاد لفترة طويلة أن هذه الظاهرة لا علاج لها سوى العقوبات التى تحددها القوانين والمتمثلة في جملتها في عزل السيكوباثي عن المجتمع باعتباره مجرما لابد من حماية الناس من شروره . ولهذا كانت السجون هي في الغالب مأوى هؤلاء ، وقد نجد نفرا آخر منهم في مستشفيات الطب النفسي يدخلونها ثم يغادرونها بسرعة بعد أن ثبت لهم أنهم ليسوا مضطربين عقليا ليعودوا إلى سيرتهم الأولى داخل المجتمع .

إلا أن هذه النظرية بدأت تضعف ، خاصة مع تقدم تقنيات العلاج النفسي ، ومع المناداة بضرورة معاملة السيكوباثيين باعتبارهم ضحايا تنشئة اجتماعية مضطربة لا مجرمين ولا ذهانيين وأن الأمل فى إصلاحهم ممكن وأن إمكانية تحصين المجتمع من ظهور أمثالهم فيه أيضا ممكن . في هذا الإطار صار بالإمكان الحديث عن بعض طرق العلاج التى يمكن أن تؤدى نتائج إيجابية مع هؤلاء الأفراد ، رغم اعتقاد البعض بعدم قابلية الشخصية السيكوباثية للتعديل والتطوير بأساليب العلاج النفسي والطبي والاجتماعي ، بحجة أننا عاجزون حتى الآن عن تحديد الأسباب الحقيقية لهذه المشكلة ، وفيما يلى بعضا من هذه الطرق العلاجية :

١ - **العلاج النفسي** : يهدف هذا العلاج إلى محاولة تصحيح سلوك السيكوباثي وتعديل مفهوم الذات لديه ، وحل الصراعات ، وإزالة مصادر التوتر والقلق واشباع الحاجات النفسية والاجتماعية . وقد يتخذ هذا العلاج الأسلوب الفردى أو الجماعي ، ويعتمد النجاح فيه على إيجاد علاقة نفسية شخصية بين المعالج والسيكوباثي ، يلي ذلك عرض نماذج من السلوكات المنحرفة على المريض ومناقشتها معه .

٢ - **العلاج الديني** : يهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المنحرف بإعادة صياغة محتويات أناه الأعلى أو ضميره الأخلاقي . ونقطة البداية في هذا العلاج تتمثل في مناقشة العقائد الإيمانية تمهيدا لتقويتها في نفسه لتكون بالتالي ينبوع سلوكه . فإذا نجحنا في بذر العقيدة الإيمانية في نفسه نعلمه كيف يكبح

دوافع الهوى[1] وكيف يشبعها في حدود الشرع . وكيف يلتزم بإشباع الدوافع الدينية في حدود الشرع أيضا .

٣ - **العلاج السلوكي** : يشمل هذا العلاج « العلاج بالتنفير » ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة بجوار السلوك غير المرغوب فيه على أمل أن يساعد ذلك في جعل المضطرب يبتعد عن ذلك .

ويشمل أيضا « العلاج بالتدعيم » الذى يبدأ أولا بتحديد أنواع السلوكيات التى نريد التخلص منها وفهم الظروف المحيطة بتكوين تلك السلوكات بهدف تحديد الجهات التى تدعمها ، فيلجأ المعالج إلى إزالة هذا التدعيم ، ويحل مكانه تدعيما لسلوكات مرغوب فيها ، والتدعيم قد يشمل الطعام والشراب وقد يكون تدعيما اجتماعيا كالمدح والتشجيع[2] .

وقد يلجأ المعالج السلوكي إلى تبديل أفكار المريض ومعتقداته واتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين[3] على أمل أن يتبدل تبعا لذلك السلوكات غير المرغوب فيها . فقد أثبتت الكثير من البحوث أن اضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة تكون مصحوبة بطرق غامضة متناقضة في التفكير عن الذات والبيئة . وأن للمعتقدات تأثير كبير على الشخصية الإنسانية فكلما كانت هذه القيم منطقية (تقوم على الإدراك الواقعي لقيمة الذات وقوتها) كلما تضاءلت الاضطرابات وحل محلها التوافق والابداع . وبالعكس كلما كانت هذه القيم لا منطقية (يكون محورها الاعتماد على قوة خارجية ، ثروة ، سلطة ، تقاليد ... الخ) كلما زاد بروز الانحرافات الاجتماعية (إبراهيم ، ١٩٨٠) .

---

(١) انظر دوافع الهوى عند الإمام الغزالي في الفصل الأول .

(٢) العلاج بالتنفير أو التدعيم مبنى أساساً على نظريات سكنر أحد علماء المدرسة السلوكية ويمكن الرجوع إلى كتاب « العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان » للدكتور / عبد الستار إبراهيم ، عالم المعرفة ، ١٩٨٠ ، للاطلاع على أنماط العلاج السلوكي ص ٢٩١ - ٢٨٨ .

(٣) هذا الأسلوب في العلاج مبني على أساس أن كثيرا من الانحرافات السلوكية تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبينها الفرد عن نفسه وعن بيئته . ويسمى أدلر هذه الأفكار « أسلوب الحياة » ويسميها البعض الفلسفة الشخصية « أما البرت أليس (Ellis) فيسميها « الدافع المتعقل » . (إبراهيم ، ١٩٨٠ ، ص ٢١٦) .

ولفترة بسيطة لم يكن هذا الأسلوب مقبولا من السلوكيين أمثال ولبي ، إلا أن لازورس Lazarose أثبت فعالية هذه الطريقة . ويطلق على هذا الأسلوب العلاجي أحيانا العلاج السلوكي المعرفي .

٤ ـ **العلاج البيئي** : يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل العوامل البيئية التى قد تساهم في نشوء السيكوباثية ، داخل المنزل أو خارجه . وذلك بتوفير الرعاية الاجتماعية للسيكوباثي في الأسرة والمدرسة أو المؤسسة . وكذلك توفير أماكن مناسبة لقضاء وقت الفراغ ، واشراكه في الأنشطة الاجتماعية الخيرية .... الخ .

المراجـع

١ – إبراهيم، عبد الستار ، **العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان** ، عالم المعرفة الكويت ، ١٩٨٠ .

٢ – ابن القيم الجوزية ، **الطب النبوى** ، مراجعة وتعليق عبد الغنى عبد الخالق ود . عادل الأزهري ، دار إحياء التراث العربي .

٣ – إرجايل ، ميشيل ، **علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية** ، ترجمة د . عبد الستار إبراهيم ، دار القلم ، الكويت ، ١٩٧٧ .

٤ – أرسطو طاليس ، **كتاب النفس** ، ترجمة أحمد فؤاد الأهواني، الطبعة الثانية ، دار إحياء التراث العربي – القاهرة ١٩٦٢ .

٥ – الأهواني ، أحمد فؤاد ، **أفلاطون** ، دار المعارف ، القاهرة بدون تاريخ .

٦ – أيوب ، حسن محمد ، **تبسيط العقائد الاسلامية** ، الطبعة الثانية ، المطبعة العصرية الكويت ، ١٩٧٧ .

٧ – الباز ، محمد على ، **التدخين وأثره على الصحة** ، الدار السعودية للنشر والتوزيع ١٩٨٠ .

٨ – بركات ، محمد خليفة . **عيادات العلاج النفسي والصحة النفسية** ، دار القلم الكويت ١٩٧٨ .

٩ – بركات ، محمد خليفة ، **علم النفس التعليمي** ، دار القلم ، الكويت ١٩٧٧ .

١٠ – البنا ، الشيخ الحسن . **مشكلاتنا في ضوء النظام الأسلامى** . الكويت : المنار الإسلامية ، ١٩٧٧ .

١١ – تركي ، مصطفي أحمد ، **الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء** ، النهضة العربية القاهرة ، ١٩٧٤ .

١٢ – جيرارد ، سيدنى م ، **الشخصية بين الصحة والمرض** ، ترجمة د . حسن الفقي ود . سيد خير الله ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٧٣ .

١٣ – حسن ، محمد على ، **علاقة الوالدين بالطفل وأثرها في جناح الأحداث** ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٠ .

١٤ – الدمرداش ، عادل ، **الإدمان مظاهره وعلاجه** ، عالم المعرفة ، ١٩٨٢ .

١٥ – دسوقي ، كمال . **علم الأمراض النفسية** ، دار النهضة العربية ١٩٧٤ .

١٦ – زهران ، حامد عبد السلام ، **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، عالم الكتب ، القاهرة ١٩٧٨ .

١٧ – زهران ، حامد عبد السلام ، **علم النفس النمو** ، عالم الكتب ، القاهرة ، ١٩٨٢ .

١٨ – الزيادى ، محمود ، **علم النفس العام** ، القاهرة ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٠ .

١٩ – سويف ، مصطفى ، **الأسس النفسية للتكامل الاجتماعي** ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٦٠ .

٢٠ – سويف ، مصطفى ، **مقدمة في علم النفس الاجتماعى** ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٦٨ .

٢١ – سوين ، ريتشارد م . ، **علم الأمراض النفسية والعقلية** ، ترجمة / أحمد عبد العزيز سلامه ، دار النهضة العربية ، القاهرة ١٩٧٩ .

٢٢ – غنيم ، سيد محمد ، **سيكولوجية الشخصية : محدداتها وقياسها ونظرياتها** . دار النهضة العربية ، ١٩٧٣ .

٢٣ – شيلدون وشيلدون ، **علم نفس الشواذ** ، ترجمة / أحمد عبد العزيز سلامه ، الكويت دار القلم ، ١٩٨١ .

٢٤ – الطيب (محمد عبد الظاهر) . الآراء النفسية عند مسكويه . **المسلم المعاصر** ، ١٩٨٢ ، ٣٢ ، ١٣٣ – ١٤١ .

٢٥ – عاقل ، فاخر ، **مدارس علم النفس** ، دار العلم للملايين ، بيروت : الطبعة الخامسة ، ١٩٨١ .

٢٦ – عبد الغفار ، عبد السلام ، **مقدمة في الصحة النفسية** ، القاهرة : دار النهضة العربية ، ١٩٧٦ .

٢٧ – عكاشه ، أحمد ، **الطب النفسي المعاصر** ، دار المعارف ، ١٩٦٩ .

٢٨ – الغريب ، رمزية . **التعلم** ، الأنجلو المصرية ، الطبعة السادسة ، القاهرة ١٩٧٨ .

٢٩ – الغزالي ، أبو حامد ، **إحياء علوم الدين** ، الجزءان الثالث والرابع ، بيروت المكتبة التجارية الكبرى ، ١٩٦٧ .

٣٠ – غلاب ، محمد ، **الوجودية المؤمنة والملحدة** ، الدار القومية للطباعة والنشر ، ١٩٦٥ .

٣١ – فرويد ، سيجموند ، **معالم التحليل النفسي** ، ترجمة د . محمد عثمان نجاتي ١٩٨٣ .

٣٢ – فرويد ، سيجموند ، **القلق** ، ترجمة د . محمد عثمان نجاتى ، ١٩٦٢ .

٣٣ – الفقي ، حامد عبد العزيز ، **دراسات فى سيكولوجية النمو** ، دار القلم ، الكويت ، ١٩٨٣ .

٣٤ – القوصي ، عبد العزيز ، **أسس الصحة النفسية** ، مكتبة النهضة العربية ، الطبعة السابعة ، القاهرة ، ١٩٧٠ .

٣٥ – الكرمي ، زهير ، **كيمياء السلوك الإنساني** ، نظرة جديدة في علم النفس ، محاضرة في الأسبوع الثقافي بإدارة الخدمة النفسية ، ١٩٧٨ / ١٩٧٩ .

٣٦ – مخيمر ، صلاح ، **مدخل إلى الصحة النفسية** ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ١٩٧٢ .

٣٧ – مرسى ، كمال إبراهيم ، **الطفل غير العادى من الناحية الذهنية** ، دار النهضة العربية ، القاهرة .

٣٨ – مرسى ، كمال إبراهيم ، علاقة سمة القلق في المراهقة والرشد بالخبرات المؤلمة في الطفولة ، **مجلة كلية الآداب** ، **جامعة الملك سعود** ، ١٩٨١ .

٣٩ – مرسى ، كمال إبراهيم ، علاقة القلق بالتحصيل الدراسي عند تلاميذ المدرسة الثانوية **مجلة دراسات كلية التربية** ، جامعة الملك سعود ١٩٨٢ .

٤٠ – مرسى ، كمال إبراهيم ، **القلق وعلاقته بسمات الشخصية** ، القاهرة ، النهضة العربية ١٩٧٨ .

٤١ – مرسى ، كمال إبراهيم ، سيكولوجية العدوان ، **مجلة العلوم الاجتماعية** ، **جامعة الكويت** ، (تحت النشر) .

٤٢ – مغاريوس ، صموئيل ، **الصحة النفسية والعمل المدرسي** . النهضة المصرية ، الطبعة الثانية ، القاهرة ، ١٩٧٤ .

٤٣ – المليجي ، عبد المنعم عبد العزيز ، **تطور الشعور الديني** ، القاهرة ، دار المعارف ١٩٥٥ .

٤٤ - نجاتي ، محمد عثمان ، علم النفس في حياتنا اليومية ، الكويت ، دار القلم ، ١٩٨٣ .

٤٥ - نجاتي ، محمد عثمان ، القرآن وعلم النفس ، القاهرة ، دار الشروق ، ١٩٨٢ .

● Adler A., Individual Psychology in Lindzey and Hall Theories of Personality. New York : Wiley, 1965, pp.49 -58

● Allgeier, A.R. Minimizing Therapist Supervision in the treatment of enuries. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1976,7,371 - 372.

● Allport, The Man in Psychology. New York : 1961

● Bakwine H. & Bakwine R.M., Clinical Management of Behavior : Disorders in Children, London : W. 13, Sauarders Co., 1966

● Beller. B.K. Exploratory Studies of dependance. New York : Academy of Science, Ser 11 Vol., 2No. 6. 1959

● Bennett, Iny. Delinquent and Neurotic Children : A Comparative Study. New York : Basic Books, 1954

● Berg I. Day Wetting in Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1979, 20, 167 - 173

● Bernard H.W. Mental Hygien for Classroom Teachers. 2nd. ed. New York : Mc Graw - Hill,1962

● Books C. Abnormal Psychology. California : Communications Research M. Inc., 1972

● Bowlby J. Psychopathology of anxiety : The Role of affection bonds. In M.H. Landet, studies of Anxiety. London, Psychiatric Assoc., 1966 pp. 80 - 85

● Butcher J.N. Abnormal Psychology, Brooks/Cole Publishing Company, 1971

● Davitz G.R., The Effect of Previous Training of Post Frustration tn G.V Aubrey. Frustration and Conflict. 2nd ed. New York Insight Books Co., 1968. pp. 49 - 62

● Day H.L. & Berlyne D.E. & Hunt D.E., Instrinsic Motivation A new direction in Education. Canada : Holt, 1970

● Dollard G., Doof, L.W., Miller N.E., Mowrer O.H. and Sears R., Frustration and aggression, 15th ed. New York; Yale University Press, 1968.

● Eysenck H.G. Biological Basic of Personality, in Lindzy and Hall Theories of Personality. New York : Wiley, 1965, pp. 282 - 287

● Fleming C.M. Adolescence in Social Psychology, London, Routledge & Kegan Paul, 1967.

● George J.W., Coleman Co., & Williams P., The Systemic Use of Positive and Negative Consequence in Managing Classroom encopresis, Journal of School Psychology, 1977, 15 (3) 250 - 254

● Gessell A.L., The Retarded Child, How to help him, Public School publishing Co., 1938

● Gordan P. L., An experimental program for slow Learner, Adolescents Educational Leadership 17, No. 3, 1959.

● Grossman H.J. Manual of Terminology and Classification in Mental Retardation. Baltimore :1977.

● Henderson p., Disability in childhood and youth, London : Oxford University Press, 1974.

● Holme R., Abnormal Psychology, California C.R.M Books, 1972

● Hountras P. (ed.) Mental Hygiene. Ohio : Charles Books, 1968

● Hunt J.M Personality and the Behavior Disorders, The Ronald Press Co., New York, 1944.

● Jerome Liss, Les Thérapies Corporelles a la Lumière des experiences d' Henri, Labourit, Psychologie, Mars, 1982

● Johnson G.O., Education for the slow learner, Prentice-Hall Inc., 1963.

● Johson A.M & Robinson D.B., The Sex deviont (Sexual Psychopath) Causes. Treatment and prevention. Journal A.M.A 1957, 164 (15), 59 - 81

● Jones H.E. Environmental Influences on Mental Development, New York, John Willey, 1946.

● Kauffman G.M., Characteristics of Childre's behavior disorders, (2nd ed.) London, Charles E. Merrill Pub., Comp., 1981

● Kessel M. & Grossman G. Suicide in Alcoholics, BMJ, 1961

● Kessler J.W. Psychopathology of Childhood, New Jersy : Prentice- Hall, Inc., 1966

● Koch R. & F. de la Cruz. Down's Syndrome (Mongolism) New York : Brunner Mazel, 1975.

● kolstoe; D.P. Mental Retardation, An Educational View Point, Univesity of Northern Colorado, 1972

● Levinson A.The Mentally Retarded Child, Greenwood Press, publishers, 1975

● Maier N.R., & Allen P. The Integrative Value of Concepts in Frustration Theories. Journal of Consult. Psy., 1959, 23(3) 195 -206 .

● Maslow A.H. The Further reaches of human Nature, New York, The Viking Press, 1972

● Masserman J. Behavior and Neurosis, an experimental Psychoanalytic Approach to Psycho - biologic Principles, Chicago University of Chicago Press, 1943.

● Maw H.H. & Maw E.W. Nature of High and low Curiosity. Journal Child develop. 1970. 41 (1) 123 - 129

● Mc Donald J.E. & Sheperd G. School Phobia : An Overview. Journal of School Psychology 1976, 14, 291 - 306

● Mckenry, P., Walters, L.H. & Johnson, C. Adolescent pregnency. The Family Co- ordinators. 1979, 28, 17 - 30

• Mcleland D.C., The Achieving Society N.J. Van Nostrand, 1961.

• Medinnus G.R., Adolescents self acceptance and Perceptions of their Parents. J. Consult, Psychol, 1964. 29 (2) 150 - 154.

• Millman, H.L.; Schaefer, C.E. & Cohen, J.J. Therapies For School behavior problems London : Jossy - Bass Publ., 1981

• Mowrer O.R., Learning Theory and Personality Dynamics, New York : Ronald Press, 1950

• Mussen,P.L.et al., Readings in Child Development and Personality, (2nd ed.) New York, Harper & Row Publisher, 1970

• Murray E.J. Motivation and Emotion. New Jersey : Hall, 1964

• Pollitt J., The Natural History of Hysterical States, Brit-med.J. 1, 194, 1957

• Rigger T.F. & Riggar S.W., Carreer Education and Rehabilitation for the mentally Handicapped, Charles C. Thomas Publisher, 1980

• Ross A.O. Learning Disability the unrealised Potential. New York McGraw Hill Book Co.,1977

• Rubin R.A. & Balow B., Prevalence of teacher - identified behavior problems, Exceptional Chidren, 1978, 45, 102 - 111

• Sarason S., Davidson L.S., Lighthall P.F. & Waite R.R., Anxiety in elementary school Children, London, Wiley, 1960

• Schaefer C.E., Childhood encopresis and enursis, New York, Reinhold, 1979

• Slater E., The Genetics of Manic - Depressive Ivanity, 2 ges., Neurol Psychiat 193,- 1 - 198, 216 1938. Schizophrenic - Like Psychoses, Brit. J.Psychiat. Vol. 109 No. 458, 1963

• Stekel W., Anxiety Neurosis and their treatment, 1st ed. N.Y., New York, 1946

- Suinn M.R. Fundamentals of behavior Pathology, John Willey & Sons Inc. New York, 1970
- Swison R.O. et al., Alcoholism and Addiction. McDonald & Evans LtD., 1978
- Telford C.W. et al. The Exceptional Individual, 4th ed., New Jersey:, Prentice Hall Inc., Englwood Cliffs, 1981
- Williams L., Alcoholism Explained. Evans 1967
- Wolpe J., The Practice of Behavior. Pergman Press, 1969.

المحتويـــات

الموضـــوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة
الفصل الثاني : الحاجات وعلاقتها بالصحة النفسية	٦٩
تمهيد	٧١
الحاجة	٧١
الدافع	٧٢
السلوك الوسيلي	٧٢
تصنيف الحاجات	٧٣
الحاجات العضوية :	٧٦
١ – الحاجة إلى الطعام	٧٧
٢ – الحاجة إلى الجنس	٨٢
٣ – الحاجة إلى النشاط والراحة	٨٧
٤ – الحاجة إلى الإخراج	٩٠
الحاجات غير العضوية :	٩٢
١ – الحاجة إلى الأمن	٩٤
٢ – الحاجة إلى حب الاستطلاع	٩٧
٣ – الحاجة إلى الإنجاز	٩٨
٤ – الحاجة إلى الاعتماد على النفس	١٠٠
٥ – الحاجة إلى أن يُحِبّ ويُحَبّ	١٠٢
٦ – الحاجة إلى التقدير والاستحسان	١٠٤
٧ – الحاجة إلى الصحبة والانتماء	١٠٦
٨ – الحاجة إلى الدين	١٠٨
تحقيق الذات	١١٢
تدرج الحاجات	١١٥
مبادىء إشباع الحاجات	١١٧
الفصل الثالث : سيكلوجية التوافق	١٢٣
تمهيد	١٢٥
تحليل عمليات التوافق	١٢٥
عوائق التوافق :	١٣٠
١ – العوائق الجسمية	١٣٠
٢ – العوائق النفسية	١٣٠

الموضـــوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضـوع الصفحة

الموضـوع	الصفحة

الموضــوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضـوع	الصفحة

الموضـوع	الصفحة

الموضـــوع	الصفحة

فهــرس الأشكــال